

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem

GESTÃO EM ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO EM SERVIÇO:
TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E PADRÕES DE QUALIDADE

DISSERTAÇÃO

Orientada:
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co- Orientada:
Professora Maria José Lumini

Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira

Porto | 2015

“ O desejo de realizar nasce connosco.
Desejamos fazer qualquer coisa digna
e chegarmos mais além.
A pedra angular do sucesso e da realização é a vontade.”

Montapert

AGRADECIMENTOS

Ao refletir sobre o percurso vivido durante a elaboração desta Dissertação, gostaria de deixar uma palavra de agradecimento a todos os que me acompanharam e compartilharam esta fase da minha vida.

Ao longo deste período foram várias as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto de vida, uns mais interventivos, outros mais influenciadores, outros de encorajamento nos momentos de maior desânimo, mas sobretudo, aqueles que se cruzaram no meu caminho de forma marcante como colegas, professores, amigos e familiares.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora Professora Maria Manuela Martins, pela sua orientação com rigor, responsabilidade, compreensão, disponibilidade e estímulo nos momentos mais difíceis deste processo. Pela segurança e serenidade que me ia inspirando para traçar novos caminhos na investigação.

À Co-orientadora Professora M^a José Lumini, que numa fase inicial me ajudou a trilhar os caminhos que determinaram o meu percurso, pela sua disponibilidade e motivação.

A todos os que participaram neste estudo, colegas e amigos, sem os quais não seria possível a concretização deste trabalho. Um muito obrigado pelo tempo disponibilizado.

À minha família, que sempre me apoiou, apesar das angústias e desmotivações por falta de tempo, principalmente às minhas filhas, pelo tempo que deixei de brincar para estar envolvida neste projeto.

A todos reitero o mais sincero agradecimento.

ABREVIATURAS

Cap. – Capitulo
Enf.- Enfermeiro
Máx. – Máximo
Min. – Mínimo

SIGLAS

CH- Centro Hospitalar

CIPE- Classificação Internacional paraa Prática de Enfermagem

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

CIE- Conselho Internacional de Enfermagem

IPQ - Instituto Português de Qualidade

IQS- Instituto da Qualidade em Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PPQCE- Projeto Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE- Regulamento do Exercicio Profissional do Enfermeiro

TIC- Tecnologias de Informação e Comunicação

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	17
PARTE I - A EVIDÊNCIA SOBRE O CONHECIMENTO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM	21
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM	23
1.1 Processos de gestão	25
1.1.1 Competências do enfermeiro gestor	30
1.2 Formação em serviço	38
1.3 Formação à distância	46
1.4 Contributos das TIC na gestão em enfermagem	51
2. QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE	65
2.1 Padrões de Qualidade	72
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	77
3. TRABALHO DE CAMPO	79
3.1 Questões de investigação	81
3.2 Variáveis em estudo	82
3.3 Método e instrumento de colheita de dados	86
3.4 Procedimentos	88
3.4.1 Procedimento de colheita de dados	88
3.4.2 Procedimentos éticos	89
3.5 Universo e amostra em estudo	90
PARTE III- DO TRAÇADO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS AO CONFRONTO COM A EVIDÊNCIA DA GESTÃO DA FORMAÇÃO	93
4. ENFERMEIROS GESTORES E O DIAGNÓSTICO PARA A FORMAÇÃO	95
4.1 Características sociodemográficas	95
4.2 Um olhar sobre as necessidades de formação face aos padrões de qualidade	98
4.3 Atividade do gestor e as necessidades de formação	105
4.4 O enfermeiro gestor e as TIC	115
4.5 A formação em serviço na gestão dos enfermeiros	125
5. DISCUSSÃO DOS DADOS	145

CONCLUSÃO	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS.....	177
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (QUAF – TIC).....	179
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO	191
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHA	195
ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHB	199
ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHC	203
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHD.....	207
ANEXO VII – MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	211

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA1:Distribuição da amostra	91
TABELA 2: Distribuição da amostra pelo sexo.....	95
TABELA 3: Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercicio profissional, por anos na área da gestão e anos no atual serviço.....	96
TABELA 4: Distribuição da amostra pelo tipo de especialidade dos participantes.....	97
TABELA5: Distribuição da amostra pelo grau académico dos participantes	97
TABELA6: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão de qualidade –a satisfação do cliente	99
TABELA7: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade –a promoção da saúde	99
TABELA 8: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a prevenção de complicações	100
TABELA9: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – o bem-estar e o autocuidado.....	102
TABELA10: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a readaptação funcional	103
TABELA11: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a organização dos cuidados de enfermagem	104
TABELA12: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – prática profissional, ética e legal	105
TABELA13: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – gestão de cuidados	106
TABELA14: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – gestão de recursos humanos	108

TABELA15: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – intervenção política e assessoria	111
TABELA16: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – desenvolvimento profissional	113
TABELA17: Distribuição da utilização dos meios para vários fins	115
TABELA18:Distribuição do conhecimento dos meios para ensino	116
TABELA19: Distribuição da utilização dos meios para ensino.....	116
TABELA20:Distribuição dos meios que podem ser utilizados para completar a formação presencial.....	117
TABELA21:Distribuição das necessidades de formação sobre as tecnologias	117
TABELA22: Distribuição dos enfermeiros gestores por ligação e tipo de ligação à internet da sua residência.....	118
TABELA23: Distribuição dos enfermeiros gestores sobre os seus conhecimentos de informática.....	118
TABELA 25: Distribuição dos enfermeiros gestores e sua participação em iniciativas de ensino à distância/ <i>e-learning</i>	119
TABELA 26: Distribuição dos enfermeiros gestores e seu interesse em participar em ações de formação com recurso a ensino à distância.....	119
TABELA27: Distribuição dos requisitos necessários para a utilização do <i>e-learning</i> no contexto de formação organizacional	119
TABELA28: Distribuição sobre a forma como a utilização do <i>e-learning</i> devia ser implementado na formação organizacional	120
TABELA29: Distribuição da utilidade do <i>e-learning</i> para a atividade de gestão	121
TABELA 30: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC mais frequentes	122
TABELA 31: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC com aplicação pedagógica interativa.....	123
TABELA 32: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC da gestão	124
TABELA33: Distribuição do género dos enfermeiros gestores que promovem a formação	126

TABELA34: Distribuição das idades dos enfermeiros gestores que promovem a formação	126
TABELA 35: Distribuição dos enfermeiros gestores por grau acadêmico que promovem a formação	127
TABELA36: Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício na área da gestão que promovem a formação	127
TABELA37: Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício no atual serviço que promovem a formação	127
TABELA 38: Relação entre os enfermeiros que identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade e a promoção da formação	128
TABELA 39: Relação entre a promoção de estilos de vida saudáveis durante o internamento pelos enfermeiros e a promoção da formação	128
TABELA 40: Relação entre a identificação dos problemas potenciais do cliente pelos enfermeiros e a promoção da formação.....	129
TABELA 41: Relação entre a prescrição e implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações pelos enfermeiros e a promoção da formação.....	129
TABELA 42: Relação entre a avaliação das intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis pelos enfermeiros e a promoção da formação	129
TABELA 43: Relação entre a demonstração do rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem e a promoção da formação	130
TABELA 44: Relação entre a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que os enfermeiros delegam e a promoção da formação .	130
TABELA 45: Relação entre a identificação dos problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida e a promoção da formação	130
TABELA 46: Relação entre a avaliação das intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e a promoção da formação	131

TABELA47: Relação entre a referenciação de situações problemáticas e a promoção da formação.....	131
TABELA 48: Relação entre a continuidade que os enfermeiros dão ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e a promoção da formação	131
TABELA 49: Relação entre o ensino, instrução e treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional pelos enfermeiros e a promoção da formação.....	132
TABELA 50: Relação entre a discussão com os enfermeiros de decisões sobre os cuidados e a promoção da formação	133
TABELA 51: Relação entre a discussão com os enfermeiros decisões sobre os cuidados e a promoção da formação	133
TABELA 52: Relação entre a previsão dos meios e recursos necessários à prestação de cuidados e a promoção da formação	133
TABELA53: Relação entre a discussão do risco face aos cuidados e condições de serviço e a promoção da formação	134
TABELA 54: Relação entre a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes e a promoção da formação	134
TABELA 55: Relação entre análise e avaliação da qualidade dos cuidados e o incremento medidas corretivas e a promoção da formação	134
TABELA 56: Relação entre elaboração, aplicação, avaliação e atualização de procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material e a promoção da formação.....	135
TABELA 57: Relação entre a contribuiçãopara o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade e a promoção da formação	135
TABELA 58: Relação entre a garantia de ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e a promoção da formação	135
TABELA 59: Relação entre a gestão das situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa e a promoção da formação	135

TABELA 60: Relação entre a avaliação do desempenho dos enfermeiros e a promoção da formação	136
TABELA 61: Relação entre a coordenação do processo de integração dos colaboradores assumindo um papel de referência e a promoção da formação	136
TABELA 62: Relação entre o cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços e a promoção da formação	136
TABELA 63: Relação entre a afetação dos enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, e a promoção da formação	137
TABELA 64: Relação entre a criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflito e a promoção da formação	137
TABELA 65: Relação entre a distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes e a promoção da formação.....	137
TABELA 66: Relação entre a promoção do empenhamento e a motivação da equipa e a promoção da formação	138
TABELA 68: Relação entre a atuação como formador na equipa multi e intra disciplinar e a promoção da formação	138
TABELA 69: Relação entre a promoção e avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores e a promoção da formação	138
TABELA 70: Relação entre a criação e manutenção das condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa e a promoção da formação	139
TABELA 71: Relação entre a conceção e operacionalização de projetos no serviço e a promoção da formação	139
TABELA 72: Relação entre a adaptação dos recursos materiais às necessidades e a promoção da formação	139
TABELA 73: Relação entre a promoção da enfermagem baseada na evidência e a promoção da formação	140
TABELA 74: Relação entre a estimulação dos enfermeiros à auto-formação e a promoção da formação	140

TABELA 75: Relação entre a proporcionalização de espaços de reflexão sobre as práticas e a promoção da formação	140
TABELA 76: Relação entre a estratégia de gestão com recurso à TIC - SAM e a promoção da formação	141
TABELA 77: Relação entre a utilidade do SAPE e a promoção da formação	142
TABELA 78: Relação entre a utilidade do SAM e a promoção da formação	142
TABELA 79: Relação entre a facilidade da utilização do SAPE e a promoção da formação	142
TABELA 80: Relação entre a promoção da formação e a facilidade da utilização do SAM	143

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 : Competências das pessoas nas organizações	31
FIGURA 2 : Mapa conceitual "qualidade gerencial de enfermeiro- competências gerais" .	33
FIGURA 3: Publicações internacionais sobre competências na gestão dos enfermeiros	35
FIGURA 4 : Competências do enfermeiro gestor	36
FIGURA 5: Síntese das competências identificadas	37
FIGURA 6: Etapas do plano de formação	43

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 : Desenho do estudo	80
--------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº 1:Prática profissional, ética e legal	106
GRAFICO Nº 2: Gestão de cuidados	108
GRAFICO Nº 3: Gestão de recursos humanos	110
GRAFICO Nº 4: Intervenção política e assessoria	112
GRAFICO Nº 5: Desenvolvimento profissional	113
GRAFICO Nº 6: Actividades de gestão.....	114

LISTA DE QUADROS

QUADROS 1: Variáveis sociodemográficas	82
QUADROS 2: Variável padrões de qualidade	83
QUADROS 3: Variável atividades do enfermeiro gestor	84
QUADROS 4 : Variável perfil tecnológico	85
QUADROS 5: Variável tecnologias de informação e comunicação	85
QUADROS 6: Variável recursos das tecnologias de informação e comunicação na gestão	86

RESUMO

O paradigma da gestão em enfermagem está a sofrer constantes transformações, decorrente das alterações económicas, tecnológicas e sociais que emergem nos contextos atuais. No âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), vivenciamos as contingências de escassez de recursos humanos nas unidades de saúde, o desgaste e a desmotivação dos enfermeiros pelo excesso de tempo que permanecem nas instituições, favorecendo o declínio da formação em serviço, sendo necessárias alternativas para que esta ocorra em contexto de trabalho, com apoio das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) ao menor custo para as instituições.

Estudo descritivo e exploratório, que procura conhecer como os enfermeiros gestores percecionavam as necessidades de formação sobre os padrões de qualidade e quais as condições para utilizar as tecnologias de informação e comunicação como recurso para a formação em serviço. Este estudo encontra-se inserido no projeto de desenvolvimento da Escola Superior de Enfermagem do Porto: *"Tecnologias da Informação no Ensino à Distância na Formação Organizacional - Gestão e Processos de Formação"* (2011/2012).

A metodologia de colheita de dados foi um questionário aplicado a 83 enfermeiros gestores de quatro Centros Hospitalares do Norte de Portugal.

Dos resultados obtidos evidenciou-se quais os padrões de qualidade que carecem de maior necessidade de formação nomeadamente: a promoção da saúde, o bem-estar e o autocuidado e a organização dos cuidados. Nas atividades do enfermeiro gestor conclui-se que a maioria executa atividades em todos os domínios, diminuindo a incidência na intervenção política e assessoria. A maioria utiliza mais que um meio tecnológico e demonstra interesse na utilização do ensino à distância na formação em serviço.

Foi relacionada a dimensão "promove a formação formal e informal da equipa" com as variáveis do estudo, tendo-se verificado relação significativa em algumas dimensões das variáveis, padrões de qualidade, atividade do enfermeiro gestor e meios tecnológicos.

Palavras-chave: Gestão em Enfermagem; Padrões de Qualidade; Sistemas de Informação; Tecnologia Informação e Comunicação; Formação.

ABSTRACT

The management in nursing paradigm is always in constant transformations, due to economic, technological and social changes emerging from the current contexts. In the Serviço Nacional de Saúde (SNS), we are living through the hardships of lacking human resources, wear and lack of motivation because of the excessive time the nurses need to stay at the institutions. These factors cause a decline of in-service training, leading to the need of alternatives that make the best use of new information and communication technologies at the lowest cost for the institutions.

Descriptive study, which seeks to know how the nurse manager understands the need of quality standards training and what conditions are favorable to the application of information and communication technologies to in-service training.

This study is part of the Escola Superior de Enfermagem do Porto: "Tecnologias da Informação no Ensino à Distância na Formação Organizacional - Gestão e Processos de Formação" (2011/2012)

The collection of data methodology was applied to 83 nurse managers in four Hospital Centers from the North of Portugal.

From the obtained results the quality standards that need more training became clear: health promotion, well-being, self-care and care management. In most of the nurse manager activities was found that the majority executes activities in all domains, reducing the incidence in political intervention and advisory. The majority uses more than one technological resource and has shown interest in using long distance in service training.

Was related to dimension "promotes formal and informal training team" with the study variables, and there have been significant relationships in some dimensions of the variables, quality standards, the nurse manager activity and technological means.

Keywords: Management in nursing; quality standards; information systems; information and communication technology; in-service training.

INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento das tecnologias de informação, decorrentes no setor da saúde, nos últimos anos, emerge a transformação de um novo paradigma, num desafio, de inovação pela aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para a formação em serviço. O enfermeiro gestor tem um papel preponderante nessa nova realidade na saúde, as condicionantes económicas existentes, o défice de recursos humanos nos serviços das instituições de saúde, colocam em risco a formação, sendo esta fulcral para o desenvolvimento de competências enquanto profissional de saúde, e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. O direito à formação, à atualização e aperfeiçoamento profissional e suas condições de acesso, é referenciado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2009).

No contexto de mudança cultural, é fundamental a envolvimento de todos os enfermeiros, na consciencialização e reconhecimento da necessidade de mais e melhor informação na área da saúde, sendo a formação em serviço potenciadora na aprendizagem ao longo da vida. Landin (2004) citado por Yamauchi (2009, p.41) refere que *“o mundo já não é mais o mesmo, inovar a gestão é fundamental no mercado globalizado e tecnológico”*.

A utilização das TIC através da metodologia *e-learning*, é uma possível estratégia, capaz de fomentar a partilha de informação e desenvolver o capital intelectual do serviço e da organização. É assumido entre o grupo profissional dos enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional, é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente e conforme refere Sousa (2005) a adequação e atualização do grau de formação dos profissionais no exercício das suas funções é um dos fatores importantes que contribui para a melhoria da qualidade dos serviços.

A tecnologia assume uma importância vital no desenvolvimento económico e social de um país e nos sistemas de saúde. A ONU (2013) reforça a ideia que as TIC são fundamentais para o mundo atingir objetivos específicos como a redução da pobreza e a OMS potencializa as TIC como contributo para a melhoria da saúde (Perron et al, 2010).

Vários autores defendem as TIC na Saúde (Garrido & colaboradores, 2008; Espanha e Fonseca, 2010; Silva, 2014), ressaltando o seu potencial na elevação dos padrões de saúde das populações, através de uma prestação de cuidados mais efetiva.

Dentro das políticas transversais e referente às TIC, para operacionalização do Plano Nacional da Saúde (2011-2016), evidencia-se que a “ (...) *utilização das TIC na Saúde é cada vez mais e maior, quer sob ponto de vista dos cidadãos quer sobre ponto de vista das Instituições*” (Operacionalização do Plano Nacional da Saúde, 18 abril 2011, p.4).

Os meios tecnológicos selecionados neste estudo, teve como base um conjunto de tecnologias utilizadas no uso corrente (ex: correio eletrónico, chat, intranet) e um conjunto de tecnologias existentes em instituições de saúde e que podem ser utilizadas no exercício da gestão em enfermagem (ex: SAM, SONHO, SAPE), associando-se outras mais inovadoras.

O Alto-Comissário da Saúde (2010), preconiza que “ a *utilização de TIC no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde*” (p.3), mais refere, que ao nível de eficiência económica e de controlo de despesa pública, a introdução de novas TIC, no contexto dos sistemas de saúde, desempenha um papel preponderante (OCDE, 1995; Simões, 2004, in ACS, Espanha, 18 abril, 2010). Realçar, a importância de “disponibilizar dos meios eletrónicos fidedignos, de qualidade e seguros e informação científica relevante (...), neste sentido, considera que se deve padronizar ferramentas informáticas em uso (...)”, o que justifica compreender como é que os enfermeiros gestores perspetivam as TIC na formação em serviço (Alto Comissário da Saúde, 2010).

O conceito de formação em serviço é um conceito dinâmico, interativo, que envolve não só os prestadores de cuidados, como os nossos clientes, com um elevado grau de exigência, o que vai determinar o grau de excelência desejado pelo enfermeiro gestor no serviço. Neste contexto, emerge o desenvolvimento da nova filosofia de aprendizagem em enfermagem, baseado em sistemas de formação flexíveis, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela sua própria formação, onde se valoriza a auto-formação, mas não se pode deixar de investir na adaptação do enfermeiro ao seu posto de trabalho e à sua atividade prática.

Esta nova abordagem, vai de encontro com a aplicação da aprendizagem à distância da formação em serviço dos enfermeiros, em que as várias modalidades do *e-learning*, constituem um processo inovador, dinâmico e constituem poderosos instrumentos de planeamento, avaliação por parte dos enfermeiros gestores. O conceito de *e-learning* foi abordado por vários autores, salientando Paulsen (2002) e Lopes (2011), que o consideram

como uma aprendizagem interativa, disponível on-line, que assegura o feedback automático das actividades de aprendizagem do estudante.

O enfermeiro gestor é o vetor da qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços, este é um conceito multidimensional, que varia de acordo com fatores psicológicos, sociais e culturais dos intervenientes no processo de cuidar – clientes e enfermeiros. A qualidade dos cuidados não existe sem as pessoas, sem a participação de todos os colaboradores. Exige pessoas empenhadas e sensibilizadas para a mudança, com acessibilidade à informação, para que estejam mais motivadas, satisfeitas, capazes de tomar decisões (empowerment).

O enfermeiro gestor e o responsável pela formação em serviço, têm um papel preponderante na implementação e desenvolvimento dos padrões de qualidade na sua unidade de cuidados através da formação em serviço. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem um alicerce para o exercício profissional de enfermagem de excelência, na medida em que as exigências crescentes dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde permeiam um aumento do nível de conhecimentos e a utilização da informação baseada na evidência pelos enfermeiros, sendo a formação em serviço um meio de maior influência.

A implementação dos Padrões de Qualidade nas organizações de saúde é um projeto ambicioso, com dificuldades na sua concretização. O compromisso de todos os enfermeiros (individual e coletivo no contexto do seu exercício) e das organizações é fulcral, pois só a centralidade de esforços poderá fornecer aos cidadãos como parte integrante, a excelência dos cuidados de enfermagem (OE, 2005).

O presente estudo, encontra-se inserido no projeto de desenvolvimento da ESEP que decorre do projeto “Tecnologias da Informação no Ensino à Distância na Formação Organizacional Gestão e Processos de Formação” (2011/2012). O tema a investigar é “Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade”. Este estudo relaciona-se com o nosso interesse, pelo facto de ser uma temática bastante atual e transversal aos nossos contextos de trabalho.

A finalidade deste estudo é contribuir para uma gestão efetiva da formação de serviços de enfermagem, fazendo recurso dos padrões de qualidade e do suporte às tecnologias de informação.

Nas opções metodológicas, optou-se por enveredar por uma metodologia quantitativa, pois é aquela que nos permite conhecer e compreender o processo mediante o qual os enfermeiros gestores podem utilizar as tecnologias de informação e comunicação na formação em serviço. Pretendemos que o estudo seja descritivo, exploratório, constituindo a amostra um subconjunto de enfermeiros gestores, sendo que o nosso

universo será constituído pelos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço de quatro Centros Hospitalares do Norte de Portugal.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário de avaliação das necessidades de formação e TIC (QANF-TIC) dirigido aos enfermeiros gestores. Optou-se por delimitar o estudo aos enfermeiros gestores por considerar que estes têm um papel preliminar e de grande impacto na implementação das tecnologias de informação e comunicação na formação em serviço dos enfermeiros num contínuo com os padrões de qualidade. Considerando estes aspetos, formulou-se a pergunta que servirá para orientação do estudo: **Será que os enfermeiros gestores percecionam necessidades de formação sobre os padrões de qualidade e têm condições para utilizar as tecnologias de informação e comunicação como recurso para a formação em serviço?**

Desta ideia inicial, e após várias leituras e reflexão, considera-se que ainda estamos muito aquém da resolução de uma problemática real e cada vez mais pertinente, pelo impacto económico que pode resultar, uma vez que a literatura refere que ao permitir maior acessibilidade dos profissionais à aprendizagem de saberes, garante-se assim uma tomada de decisão mais assertiva, levando consequentemente a maior efetividade na melhoria nos cuidados.

O desenvolvimento deste estudo embora seja sobre as práticas da gestão da enfermagem, ele desenvolve-se no Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem e tem como objetivos, contribuir para a aprendizagem em processos de pesquisa e sintetizar o percurso desenvolvido, salientando-se no relatório parte de revisão da literatura, a metodologia e a parte empírica, concluindo-se com os resultados que emergiram da análise de dados.

Este trabalho será organizado face à necessidade de responder aos objetivos referidos, estando estruturado em três partes principais, uma primeira parte onde se apresenta a evidência sobre o conhecimento da gestão em enfermagem, que será focalizada no enquadramento teórico para compreensão da área temática face à génese do próprio estudo, sendo abordadas a gestão e a qualidade em enfermagem. A segunda parte apresenta o enquadramento metodológico, onde será apresentada a metodologia utilizada, com a justificação das opções tomadas, questões de investigação, variáveis em estudo, método e instrumento de colheita de dados, procedimentos e amostra. Na terceira parte, denominada - Do Traçado da Opinião dos Enfermeiros Gestores ao Confronto com a Evidência da Gestão da Formação, serão apresentadas a análise e discussão dos resultados face ao referencial teórico. Por fim, menciona-se as conclusões da investigação, transcrevendo as suas limitações e linhas de orientação futuras ou sugestões.

Todo o percurso tem na sua centralidade a gestão dos enfermeiros face às tecnologias de informação e padrões de qualidade.

PARTE I - A EVIDÊNCIA SOBRE O CONHECIMENTO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM

Para o desenvolvimento contínuo das profissões, a investigação tem um papel preponderante demonstrando o campo de ação e do conhecimento de uma profissão, fornecendo aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática, reforçando as bases científicas e consequentemente os serviços de qualidade que presta (Fortin, 1999). Na investigação, uma das etapas mais importantes é a fase conceptual, em que o investigador organiza os conceitos e subconceitos interligados e suas relações, dá uma breve explicação dos mesmos e procura dar uma orientação precisa à formulação do problema de investigação (Fortin, 2009).

A revisão da literatura é fulcral para o desenvolvimento de um trabalho de investigação, permite conhecer o que já está publicado sobre o tema em estudo, em documentos originais ou outros indiretamente relacionados com o tema, clarificando os conceitos.

Na revisão da literatura o investigador faz um balanço do que foi publicado sobre a investigação em estudo, permite aumentar o leque dos seus conhecimentos, organizando o problema de investigação, estabelecer a relação entre o trabalho e outros trabalhos realizados por outros investigadores (Fortin e Vissandgée, 1999).

Segundo Burns e Grove (2003) citado por Fortin (2009), a revisão da literatura contribui para o desenvolvimento do saber através da investigação, procura-se conhecer a atualidade de uma temática e suas limitações.

No enquadramento teórico serão abordadas as temáticas que se premeiam com o problema em estudo, nomeadamente a gestão em enfermagem e a qualidade em enfermagem. Na primeira, o percurso será enquadrado nos processos de gestão, na formação em serviço, na formação à distância e nos contributos das TIC na gestão em enfermagem. Na segunda, será realizado um aprofundamento dos conhecimentos no âmbito da qualidade em enfermagem e saúde e os padrões de qualidade em enfermagem.

1.GESTÃO EM ENFERMAGEM

Portugal atravessa uma fase de mudança de paradigma do conceito de resultados, num sistema muito complexo das atividades do enfermeiro relacionadas com a gestão. Os novos contextos de mudanças políticas, económicas, ambientais e sociais, em simultâneo com a incerteza e imprevisibilidade do futuro próximo, refletem-se na dificuldade de acessibilidade, na continuidade dos cuidados de saúde, atrasos de implementação de boas práticas, défice de cultura de avaliação e de monitorização da melhoria contínua dos cuidados.

A profissão de enfermagem sofreu ao longo de várias décadas transformações na sua formação, sendo que em 1860, com Florence Nightingale a profissão começa a definir os padrões do cuidar das pessoas e começam as preocupações em diferenciar a enfermagem da medicina, através de aquisição de novos conhecimentos da profissão. A primeira escola de Enfermagem foi fundada durante este período, iniciando-se um processo mais formal, evidenciando-se uma preparação formal e sistemática das enfermeiras (Abreu, 2001; Tannure & Gonçalves, 2008) citado por Augusto (2013).

Em Portugal, o ensino da enfermagem, teve um grande desenvolvimento em 1988, através do Decreto-lei nº480/88 de 23 de dezembro, integrando-se no Sistema Educativo Nacional, com a introdução do Grau de Bacharel, contudo só em 1996 se torna visível uma grande mudança enquanto profissão, sendo aprovado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº161/96 de 4 de setembro), em 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-lei nº104/98 de 21 de abril), culminando com a certificação da enfermagem em Licenciatura. A OE (2008), reitera que esta evolução dá um *“acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em enfermagem”* (p.6).

Ao falarmos da gestão em enfermagem, parece-nos fazer sentido abordar a evolução do ensino e da carreira profissional do enfermeiro gestor. Foi em 1964 que se regularizou o plano estudos no Setor de Ensino de Enfermagem, tendo-se definido vários cursos de onde se destaca o Curso de Ensino e Administração de Enfermagem. Em 1976 o curso de enfermagem distingue três áreas de especialização: Gestão de Serviços de Enfermagem, Ensino em Enfermagem e Prática de Investigação em Enfermagem (Henriques, 2010), que evoluíram no seu conteúdo até à enfermagem moderna, com a criação de pós-graduações, mestrados e doutoramentos ocorrendo o mestrado de

direção e chefia dos serviços de enfermagem em 2 de novembro de 2012 (Despacho n.º 14265/2012).

No que concerne à evolução da carreira de enfermagem, podemos ressaltar que é em 1981, no Decreto-lei nº305/81 de 12 novembro, que é publicado o diploma da Carreira de Enfermagem, onde se define o conteúdo funcional dos enfermeiros e das respetivas categorias, de acordo com as características do nosso estudo, serão descritas as funções do enfermeiro chefe e do enfermeiro supervisor. As funções do enfermeiro chefe: gerir uma unidade de prestação de cuidados de enfermagem; orientar, supervisionar e avaliar o pessoal de enfermagem da unidade e o restante pessoal que dele dependa hierarquicamente; participar na gestão do serviço onde está integrado, realizar e participar em estudos no âmbito da gestão, quer dos cuidados de enfermagem, quer dos serviços, entre outras. O enfermeiro supervisor contempla as funções gerenciais descritas do enfermeiro chefe e acresce: orientar e avaliar diretamente a aplicação dos princípios estabelecidos pelo serviço de enfermagem do estabelecimento ou do distrito e propor as medidas necessárias à melhoria do nível de cuidados de enfermagem e da gestão dos serviços; participar na gestão do serviço de enfermagem do estabelecimento ou do distrito, entre outras.

Foram vários os progressos técnicos e científicos na enfermagem, tendo ocorrido em 1992 uma alteração na carreira descrita no Decreto-lei nº437/91 que definiu a atuação da enfermagem em três áreas: área da atuação da prestação de cuidados, área de atuação da gestão e área da atuação da assessoria. Na área da atuação da gestão, está descrito no artigo 8º, o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro supervisor e do cargo de enfermeiro-diretor. Com a nova estrutura da carreira, previu-se uma promoção da mesma, privilegiando a futura formação dos enfermeiros específica ou fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que lhe possa ser aplicada, com as necessárias adaptações, como é o caso da gestão (Vaz, 1996). De ressaltar, que esta carreira denota a preocupação de incentivar e estimular a realização de trabalhos de investigação e a aquisição de graus académicos, de forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem.

Em 1998, no Decreto-lei nº412/98, de 30 de dezembro, a carreira de enfermagem vislumbra nova alteração, mantendo a base do Decreto-lei nº437/91, mas integra três níveis, nomeadamente o nível 1 as categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado, o nível 2 as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe; e o nível 3 a categoria de enfermeiro supervisor.

A carreira sofre nova revisão em 2009 (Decreto-lei nº247/2009 e Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro), ficando incluídas apenas duas categorias: a de Enfermeiro e Enfermeiro Principal, encontrando-se as funções de gestão dos enfermeiros, integradas na segunda categoria, a de Enfermeiro Principal. Está previsto no Decreto-lei 247/2009 no seu artigo 10º, o conteúdo funcional da categoria de Enfermeiro Principal, sendo estes enfermeiros que poderão exercer funções de direção e chefia ou ocupar órgãos de estrutura nas organizações do SNS. No ponto 2 do artigo 18º do

Decreto-lei 248/2009, descreve os critérios cumulativos de nomeação para funções de direção e chefia: as competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, um mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão e formação em gestão e administração de serviços de saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros, não está apenas enquadrado e regulamentado na carreira de enfermagem, mas é transversal a outras profissões nos seus aspetos laborais. As funções do enfermeiro gestor estão também contempladas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei nº 27/2002 e Decreto-lei nº188/2003 de 20 de agosto). No âmbito deste estudo apenas de referir as competências do enfermeiro-chefe de serviço (artigo 23º do Decreto-lei nº 188/2003).

A função da gestão em enfermagem é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados, estando referenciado também no Código Deontológico do enfermeiro na alínea d) do artigo 88 – “*assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiênciasque prejudiquem a qualidade dos cuidados*”.

No próximo subcapítulo serão abordados os processos de gestão em enfermagem, baseada nas funções de gestão dos enfermeiros, relevando a importância das competências do enfermeiro gestor para a melhoria da qualidade do exercício profissional, promovendo cuidados de enfermagem de excelência.

1.1 Processos de gestão

Os enfermeiros gestores têm que compreender e acompanhar o impacto das mudanças políticas e reformas de saúde, criando um pensamento estratégico no planeamento e organização de todas as intervenções, gerindo a mudança de acordo com a visão de enfermagem e respetivas competências. Ao analisarmos as vertentes da gestão em enfermagem constata-se que estabaseia as suas intervenções em quatro eixos, nomeadamente: a prática profissional ética e legal, gestão de cuidados e serviços, a intervenção política e assessoria e o desenvolvimento profissional (APEGEL, 2009). A supervisão clínica e a formação como instrumento de gestão são áreas de eleição da gestão em enfermagem, que contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A gestão percorreu um caminho ao longo dos anos, e tal como noutras áreas de gestão foi sofrendo a influência das teorias de administração, desde a Revolução Industrial, com a necessidade de aumentar a eficiência das organizações, passando pelas teoria de gestão de Taylor com o objetivo de aumentar a produtividade através do aumento da eficiência dos operacionais, a teoria de gestão de Fayol (com o objetivo de aumentar a produtividade ao nível da estrutura organizacional) e as

teorias comportamentais com Elton Mayo (em que o foco de intervenção são o comportamento das pessoas (Chiavenato,1993).

O fator humano durante os primeiros anos na teoria de Taylor era esquecido, considerado como um elemento constituinte da produção, com abordagem essencialmente normativa, na teoria de Fayol, sendo a preocupação a estrutura organizacional, a elaboração dos princípios gerais de gestão (1916) eram analisados do nível da direção para o nível da execução, em que o valor se centrava na organização formal e não nas pessoas. Com Elton Mayo, psicólogo e professor na Universidade de Harvard, aparecem as primeiras preocupações com a motivação das pessoas, e começam a surgir seguidores desta corrente das relações humanas (Chiavenato, 1993).

Um dos seguidores de Mayo, que compartilhava a importância do fator humano para a eficiência das organizações foi Kurt Lewin (1935), que desenvolveu a teoria de campo (o resultado da interação entre a pessoa e o meio ambiente que o rodeia, condiciona o seu comportamento), sendo o grande percussor das relações humanas. Mais tarde, Herbert Simon (1947), aprofunda esta temática e defende que a organização, é um sistema complexo de decisões, em que as decisões individuais contribuem como um todo no processo decisório (Martins e Lopes, 2012).

Durante várias décadas, estudiosos debruçaram-se sobre o comportamento humano nas organizações, privilegiando a compreensão e a motivação das pessoas, começando a preocupar-se com a cultura de qualidade, defendem que as organizações devem estar num processo de melhoria contínua (Edward Deming e Joseph Juran,1979).

Surgem novas tendências de gestão, dando-se início a novos conceitos de mudança, estratégia e globalização. A globalização foi abordada por vários autores, sendo que Martins e Lopes (2012) a consideram como um novo mercado global *“onde as fusões e as aquisições assumem um papel importante dando origem a grandes organizações”*(p.37).

Uma das grandes organizações é a da saúde, estando associada a ela, uma elevada componente humana, pois a sua área de atuação é realizada por pessoas cujo alvo de atenção são as pessoas. Atualmente, com as novas tendências de gestão moderna, faz sentido uma mudança de um modelo burocrático de gestão, para um modelo baseado na liderança e no trabalho de equipa.

Segundo Munari e Bezerra (2004), a gestão é uma arte de pensar, decidir e agir de forma a obter resultados, este autor ressalva que para o desempenho do papel de gestor é fundamental transcender o domínio da técnica e incorporar habilidades relacionadas à criação, intuição e interação, neste sentido, o gestor tem que acompanhar o desenvolvimento da sociedade, da organização, das pessoas, ser empreendedor e facilitador dos processos nas organizações com uma gestão flexível baseada em programas de desenvolvimento das pessoas, considerando os resultados como um trabalho coletivo.

Em Portugal, na saúde, o modelo organizacional das nossas instituições sofreu alterações no seu estatuto jurídico “empresarialização dos hospitais”, no entanto, a centralidade no cliente, não foi suficientemente valorizada, não favorecendo a evolução de novas dinâmicas de gestão. A centralidade no cliente na prestação de cuidados, é de forma inequívoca o cerne da gestão moderna na saúde. A governação clínica envolve uma remodelação das políticas, organizações e dos processos, promovendo uma mudança cultural, capaz de investir no poder dos clientes e seus familiares/ conviventes significativos, assegurando que os cidadãos estão nos processos de decisão (Barbosa, 2011).

A monitorização e avaliação da opinião dos cidadãos, através de questionários de avaliação de satisfação, sugestões, críticas, permite uma interação entre estes e a gestão, favorecendo um clima de desenvolvimento e melhoria da prestação dos cuidados. Esta mudança exige do enfermeiro gestor uma rutura com a cultura organizacional existente, uma vontade intrínseca para a mudança e abertura para novos modelos de pensamento na prestação dos cuidados, privilegiando o envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidar, potencializando modelos de gestão descentralizada e participada.

A importância das pessoas, a valorização da gestão do conhecimento, o investimento no capital intelectual é fundamental para a gestão moderna. São várias as definições do termo - capital intelectual, dependendo da sua aplicação. Inicialmente foi considerado por Stewart (1991) como somatório do que as pessoas dentro da organização sabiam traduzindo-se em vantagem no mercado, depois por Edvinsson, Skandia e Sullivan (1996) como *“o conhecimento que pode ser convertido em valor”* (Martins e Lopes, 2012, p. 67). Reforçando esta ideia, Murray (2000), citado por Cascão (2004) refere que: *“o capital intelectual está interligado com os ativos do conhecimento, procurando reconhecer e codificar o conhecimento, aplicando os princípios da avaliação dos ativos”*(p.66).

Também Lopes (2012), na sua pesquisa bibliográfica verificou a complexidade do termo capital intelectual, associada termos como capital humano (detido pelas pessoas), conhecimento tácito ou explícito, ou associado ao termo capital estrutural (detido pela organização e não pelas pessoas).

São vários os autores que reconhecem o papel dos enfermeiros na melhoria da prestação de cuidados, que devem neste contexto, ser encorajados para *“integrar a dimensão clínica e a problemática dos recursos, reconhecendo a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a prestação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas multidisciplinares”* (Barbosa, 2011, p.13).

O enfermeiro gestor apresenta um papel preponderante, na unidade de cuidados, sendo um vetor fulcral na mudança dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando assim, a

permanente qualidade dos cuidados prestados. Para a gestão em enfermagem, em particular, o alcance da qualidade constitui um caminho irreversível, observado pela constante preocupação dos profissionais em procurar o aperfeiçoamento, o conhecimento disponibilizado pelas novas tecnologias e orientar a atuação profissional maximizando todos os recursos disponíveis.

Como se constatou no capítulo anterior, historicamente a enfermagem tem sido preparada em processos de formação, para ser visionária e bem-sucedida, no âmbito das mudanças e exigências sociais, económicas e políticas das organizações. Espera-se que o enfermeiro gestor perceciona a gestão moderna, como uma interação entre os cuidados prestados e os custos na sua prática, demonstrando evidências da relação entre o custo e efetividade, contribuindo para a “Clinical Governance”.

É importante que o enfermeiro tome consciência do seu papel como gestor e líder, conduzindo os projetos de mudanças, inovando os modelos vigentes, fazendo a diferenciação na sua atuação. O conhecimento e a prática assistencial fazem do enfermeiro, um ator diferenciado no contexto *gerencial*, relevando a sua experiência, o seu contacto direto com o cliente /convivente significativo e o apoio à organização de saúde (Yamauchi, 2009; Caetano, 2009).

A diferenciação do papel do enfermeiro gestor nas organizações, é também defendida por outros autores, uns referem que *“na enfermagem, o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial é o enfermeiro, a quem compete a coordenação da equipa (...) realizadas de forma digna, segura e ética* (Spagnol, 2005, p.120), outros referem *“que a profissão de enfermagem proporciona uma visão muito ampla no que diz respeito a experiência, fundamentalmente quando se fala em liderança, comunicação, investigação, organização e na arte de cuidar* (Asrestrup & Tavares, 2008, citado por Assis, 2010, p.40).

Tendo como princípio, que o enfermeiro gestor é um dos protagonistas na mudança cultural da organização hospitalar, fomentando o trabalho em equipa multidisciplinar, centrado no cliente, é primordial que o caminho percorrido seja assente em alicerces, mas também com espírito de criatividade e inovação. De acordo com Hesbeen (2000), a missão de um chefe assenta em vários parâmetros: promover, organizar, comunicar, desenvolver, deliberar e formar.

O papel do gestor na promoção da humanização do ambiente, assenta na filosofia do cuidar, na relação entre as pessoas, nomeadamente entre o prestador de cuidados e quem os recebe. Na área de gestão, os enfermeiros chefes devem assegurar que os profissionais valorizem a promoção da saúde dos clientes, ressaltando a missão da própria organização.

O gestor para **Organizar** tem que colocar em prática os cuidados com uma ordem e sequência lógica, tornando-a compatível com a essência duma equipa, do serviço e da instituição. O enfermeiro chefe organiza todos os intervenientes, internos e externos, em correlação com a prática

dos cuidados. Identifica os fatores de disfunção que possam surgir e reorganiza-os de modo a servir os interesses do serviço e da organização.

Para **Comunicar** o gestor tem que transmitir informação, consiste na partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa, de modo a garantir complementaridade multidisciplinar. Promover o diálogo com o intuito de fomentar a partilha é uma das funções de grande destaque de um chefe de serviço, uma vez que é ele que estabelece uma ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar que coordena.

Para **Desenvolver**, o gestor abrange todas as atividades e conhecimentos que se relacionam com a prática dos cuidados, incluindo as ações inovadoras que o chefe pretende incrementar. Desenvolver uma atividade, em enfermagem é, sem dúvida, dar ênfase aos cuidados prestados e às ações inerentes à sua realização, através de um processo de valorização, na prestação dos cuidados. Segundo Hesbeen (2000), refere-se ao desenvolvimento de conhecimentos na área de prestação de cuidados, o que implica partilha e discussão dos conceitos científicos, técnicos, organizacionais ou concetuais de toda a prática de enfermagem entre a equipa e o enfermeiro chefe.

Quando se fala em **Deliberar**, implica capacidade para valorizar e maximizar os conhecimentos e os contributos de toda a equipa. Um gestor em enfermagem que partilha com toda a equipa os sucessos e as dificuldades, que troca impressões sobre as medidas a otimizar, sempre com vista a prestar cuidados de qualidade, envolvendo todos os seus colaboradores na dinâmica da gestão da organização.

Analisando por último, o **Formar**, ressalva-se o papel necessário e permanente para o enfermeiro gestor, ocupando-lhe parte significativa do seu tempo, considerando que deverá ter um papel pró-ativo fundamental na formação formal e/ou informal da sua equipa, assegurando a continuidade da formação dos profissionais de saúde de acordo com os objetivos do departamento da instituição. O enfermeiro gestor promove a formação planeada, coerente e de acordo com as necessidades do serviço e da equipa, devendo ser baseada na lógica dos cuidados prestados diariamente e na estratégia global da organização.

Nas organizações de saúde, o enfermeiro gestor para otimizar os seus saberes e implementar mudanças, deve abrir espaço para a criatividade e a inovação, sendo consideradas ferramentas do processo de gestão por competência complementar. No contexto atual, o desafio vislumbra a valorização do ambiente de trabalho, mais humanizado, onde as ideias possam fluir da interação entre as necessidades da pessoa e os objetivos organizacionais. A inovação permite ao enfermeiro gestor o desenvolvimento de atividades que desafiem as equipas, para aprimorarem a sua criatividade quer individual ou coletiva, reforçando o espírito de grupo, maior produtividade e motivação, resultando num objetivo comum (Feldman, 2006).

A importância da criatividade e inovação são consideradas ferramentas do processo de gestão por competência, têm vindo a ser estudadas no sentido de constituírem atributos que facilitam a mudança de paradigma, reavaliando os valores, atitudes e comportamentos, estimulam a procura de novas formas de relacionamento, de auto-estima, novos projetos, novos resultados para as pessoas e organizações. O estímulo ao pensamento crítico e inovador do enfermeiro gestor pode constituir uma estratégia na gestão da organização, podendo ser o ator neste processo. Focalizar a criatividade na organização contribui para a competitividade e para agregar mais valor à profissão (Munari Bezerra, 2004; Feldman, 2008; Assis, 2010).

Quando se fala em valor, torna-se difícil a sua mensuração. Para a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os valores intangíveis são complexos de medir, referindo que a causa mais importante para o pouco investimento no desenvolvimento tecnológico e formação dos profissionais se traduz na falta de visibilidade (Martins e Lopes, 2012).

Com o desenvolvimento do conhecimento científico e das novas tecnologias, a prestação de cuidados de saúde, passou a ser um resultado de um *contínua* de contributos de diferentes prestadores, de equipas mais alargadas, com equipamentos cada vez mais sofisticados (Barbosa, 2011). O envolvimento de todos os profissionais nos objetivos organizacionais fortalece o compromisso com a instituição e com os seus clientes.

O enfermeiro gestor tem que ser visionário, no que concerne ao futuro da gestão dos cuidados. Compete ao enfermeiro gestor desenvolver estratégias para nortear as suas competências, promovendo o respeito, a valorização e a visibilidade social da qualidade do exercício profissional.

1.1.1 Competências do enfermeiro gestor

O campo de competências de enfermagem, já vem sendo estudado desde o tempo de Collière (1999), mantendo-se uma temática cada vez mais pertinente na atualidade. A OE em 2004 emite um documento *“Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais, baseado no quadro do International Council of Nursing (ICN)”*, com o objetivo de criar um referencial para o exercício profissional dos enfermeiros. Em 2010, a OE aprova regulamentos das competências específicas de enfermeiros especialistas em várias especialidades, estando a decorrer em 2014, um Painel de Delphi sobre competências do enfermeiro gestor que ainda não se encontram regulamentadas.

O enfermeiro gestor tem que perceber os novos conceitos de gestão, estar desperto a novos desafios, na medida em que, durante esses processos ocorrem oportunidades onde os enfermeiros gestores podem ser os atores na organização e realizar uma mudança estratégica com sucesso. Como refere Mezomo (2001), citado por Yamauchi (2009, p.44), *“o pensamento estratégico*

na gestão e o foco no cliente requerem a revisão das competências desejáveis aos gestores de todas as áreas produtivas na sociedade”. A enfermagem é uma das profissões que deve rever o seu leque de competências de gestão. O conceito de competência e a sua vasta aplicabilidade parece ser uma solução para ultrapassar estes desafios.

Ao longo dos anos foram vários os autores que se dedicaram ao estudo de competências. Em 1998, Bina e NewKirk realizaram um estudo de caso numa companhia de cuidados de saúde, “Prudential HealthCare Group”, que resultou da necessidade em competir de forma mais eficaz e mudar o ambiente de negócios através da competência dos colaboradores. Este estudo desenvolveu-se em articulação com a gestão por competências (recursos humanos), sendo uma das dificuldades a comunicação e formação dos gestores aos colaboradores associada à falta de tempo.

Presentemente em Portugal, com a legislação atual, constata-se que as funções de enfermeiro gestor estão regulamentadas nas funções do enfermeiro principal. O SNS assume uma responsabilidade constitucional de assegurar a todos os cidadãos os cuidados de saúde que necessitam, no entanto, as novas contingências do sistema público e sistema privado trazem uma mudança de paradigma.

Nos vários processos de gestão desde Taylor que se caracterizava pela utilização de instrumentos de descrição, análise e qualificação de funções, surge uma abordagem de gestão por competências (Camara, Guerra & Rodrigues, 2007; Boterf, 2005; Almeida & Rebelo, 2011), citado por Augusto (2013). Ressalta-se a competência do indivíduo e não do cargo, baseado no contexto.

Para Fleury (2002) a competência ajuda o indivíduo a potenciar a mobilidade, a integração e transferência de conhecimentos, recursos, habilidades de forma a agregar valor económico e social às organizações, podendo ser considerado como saber agir responsável e reconhecido.

FIGURA 1: Competências das pessoas nas organizações

Saber agir	Saber o que e porque se faz Saber julgar, escolher, decidir
Saber mobilizar recursos	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências.
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e experiência, rever modelos mentais.
Saber se ajustar e se comprometer	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e as consequências das suas ações, sendo por isso reconhecido.
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização e seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Fonte: Adaptado de Fleury (2002, p.46)

Para Ceitil (2007, p.41), o conceito de competências é mais abrangente “*modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto*”, ele propõe

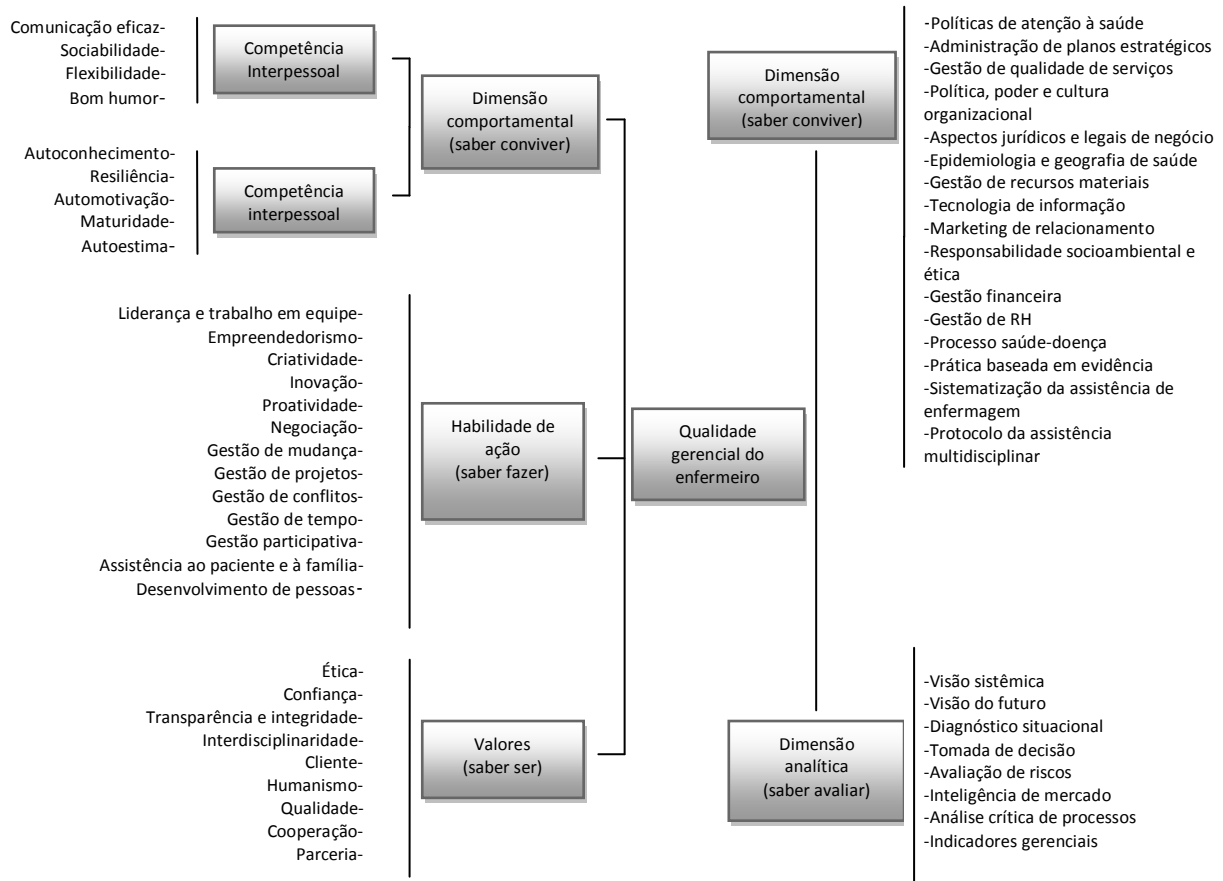
quatro perspectivas: as competências como **atribuições** “ *são consideradas como prerrogativas que determinadas pessoas podem (ou devem) usar e que são inerentes ao exercício de determinados cargos ou responsabilidades, sendo por, não contingenciais nem às características pessoais nem aos desempenhos específicos dos seus respetivos detentores*”, ou seja, está relacionada com fatores externos, sócio-organizacional; as competências como **qualificações**, “*traduz um conjunto de saberes ou domínios de execução técnica que as pessoas poderão adquirir, seja por via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional, seja por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida*”, reforça-se a ideia que a pessoa pelas suas formações reconhecidas, está qualificada para determinado cargo; as competências como **traços ou características pessoais**, vários autores concordam com esta abordagem, reafirmando que as competências devem ser vistas na perspectiva das características e traços das pessoas, resultando na estrutura da sua personalidade (McClelland, 1973; Boyatzis, 1982; Spencer e Spencer, 1983) citado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL) no seu referencial de competências para gestão (2013); como **comportamentos e ações**, nesta abordagem refere que mais relevante que a característica pessoal que prevê um bom desempenho, será a competência como ação que traduz o acontecimento do bom desempenho.

Este conceito é reforçado quando se considera as competências gerenciais, sendo de consenso que nelas existe um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Para Saupe et al (2005) citado por Yamauchi (2009), a aplicação de um conjunto de conhecimentos (conjunto de conteúdos que conferem ao profissional a possibilidade de resolução de problemas baseada em tomadas de decisão através de um domínio cognitivo de saber), de habilidades (conjunto de práticas que conferem ao profissional a possibilidade de resolução de problemas baseada em tomadas de decisão através de um domínio psicomotor e perícia de saber-fazer) e de atitudes (conjunto de comportamentos que conferem ao profissional a possibilidade de resolução de problemas baseada em tomadas de decisão através de um domínio ético e saber-ser e saber conviver), refletem o desempenho do profissional no seu trabalho, que se exprime pelos comportamentos observáveis e suas consequências no resultado da organização.

No âmbito da gestão por competências, Assis (2010), na análise de vários estudos salienta as quatro habilidades que o enfermeiro gestor deve reunir, nomeadamente: cognitiva (capacidade de planeamento, identificação de problemas e as formas de os solucionar); analítica (capacidade de priorizar, de tomada de decisões de acordo com o ambiente em contexto e avaliar resultados obtidos); comportamental (capacidade de comunicar, de conjugar, de delegar e trabalhar em equipa) e de ação (capacidade em transformar objetivos propostos, os conhecimentos em ações direcionadas para a prestação de cuidados de qualidade, envolvendo a componente socioeconómica da organização da saúde).

Estas dimensões são referidas também por Cascão (2004), no estudo de Motta (2001) citado por Yamauchi (2009, p.49), tendo esta autora construído um mapa conceitual "Qualidade Gerencial de Enfermeiro - competências gerais", com caráter dinâmico, podendo influenciar que outros profissionais de saúde colaborem na sua construção dando-lhe continuidade e desenvolvendo o desafio que é a competência em gestão.

FIGURA 2 - Mapa conceitual "qualidade gerencial de enfermeiro- competências gerais"



Fonte: Adaptado de YAMAUSHI (2009,p.50)

A competência tem um caráter dinâmico, em que a diferenciação dos indivíduos é essencial para que ocorra um reconhecimento das suas capacidades na ação, que possam ser mobilizáveis e transferíveis a um conjunto de situações diferentes, independentemente da atividade que estes exerçam (Almeida e Rebelo, 2011). O grau de exigência torna-se cada vez mais acentuado, exigindo-se ao profissional, capacidade de dar respostas face aos acontecimentos reais, demonstrando iniciativa, responsabilização e investimento pessoal, sempre com a finalidade de evoluir as competências que já possui, e desenvolver as que possam estar em falta (Augusto, 2013).

Também Cascão (2004) considera que gerir competências é complexo, porque estas não são tangíveis ou mensuráveis com facilidade, sendo considerado uma atividade de gestão muito importante. Brandão e Guimarães (2001) já referiam no seu estudo que a gestão de competências é um processo dinâmico, ocorre nos diferentes níveis de organização para atingir os seus objetivos estratégicos, refletindo a sua orientação para o planejar, captar, desenvolver e avaliar.

Segundo Brandão e Bahry (2005), a gestão por competências deve ser vista como um processo contínuo, que se inicia na formulação da missão, visão, objetivos estratégicos, indicadores de desempenho e nas metas que se pretendem alcançar, para depois ser identificada as competências necessárias para o desempenho de determinada função. Estes autores consideram a possibilidade de premiar as pessoas ou equipas de trabalho que contribuíram positivamente para o alcançar das metas planeadas, através de uma retribuição ou estímulo, de forma a manter os comportamentos desejados e a corrigir desvios que podem ocorrer no processo.

O novo contexto político, económico e social vem reforçar que o investimento está nas pessoas, assim, o enfermeiro gestor perante a conjuntura atual, tem que desenvolver as competências necessárias para acompanhar a mudança e interagir com ela de forma a adaptar-se e inovar constituindo a diferenciação. Na área de enfermagem existem vários estudos nacionais e internacionais sobre competências, no entanto, estudos das competências na área de gestão em enfermagem as publicações são reduzidos em Portugal, tendo Augusto (2013) realizado um estudo sobre “ Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal - estudo exploratório”, André (2013) desenvolveu o seu estudo nas competências transversais e as práticas de gestão por competências e Assis (2010) ter desenvolvido um estudo sobre as dificuldades do enfermeiro gestor.

A nível internacional foram realizadas várias publicações que identificam competências na função da gestão dos enfermeiros, em que Augusto (2013), no âmbito do seu estudo fez uma análise de conteúdo das conclusões. Posteriormente, comparou a revisão da literatura com a efetuada por Jennings, Scalzi, Rodgerse Keane (2007) e verificou que sete das oito competências identificadas pelos autores e no seu estudo coincidiam, encontrando-se sistematizadas na figura 3.

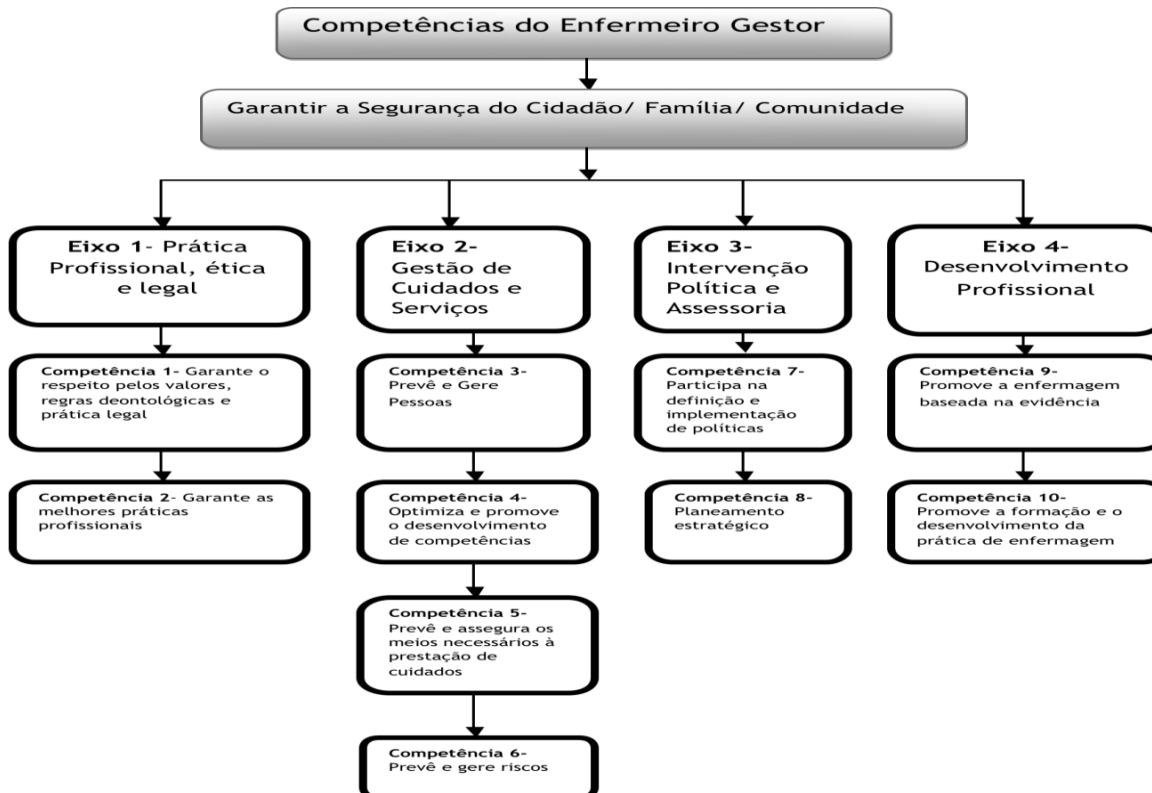
FIGURA 3- Publicações internacionais sobre competências na gestão dos enfermeiros

Competências	Frequência que aparecem nos estudos	Comparação com revisão de literatura de Jennings, Scalzi, Rodgers, & keane (2007)
Gestão de Recursos Humanos	9	X
Comunicação	8	X
Ética	8	X
Liderança	5	
Competências Técnicas de Gestão	5	X
Competências Interpessoais	4	X
Conhecimento Políticas de Saúde	4	X
Competências Técnicas de Enfermagem	4	
Pensamento Crítico	4	X
Trabalho em Equipa	4	
Resolução de Problemas	4	
Resiliência e Motivação	3	
Autonomia	3	
Preocupação pela Qualidade	2	
TIC	2	
Adaptação à Mudança	2	
Iniciativa	1	X
Organização e Planeamento	1	
Delegação	1	
Competência Supervisão Clínica	1	

Fonte: Adaptado de Augusto (2013, p.44)

A International Council of Nurses (ICN) em 2003, na sua publicação refere que a definição de um quadro de competências em enfermagem, que de uma forma individual ou coletiva, possibilita uma demonstração clara dos papeis e responsabilidades destes profissionais.

Em Portugal, pelas conjunturas já referidas, tem havido uma preocupação por parte da APEGEL (2009), em potencializar a gestão em enfermagem, relevando o seu papel inequívoco dentro das organizações. O seu foco é a maximização da qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão, famílias e comunidade, constituindo o enfermeiro gestor uma estrutura fundamental para a sua operacionalização. Ressalva a importância do enfermeiro gestor *“compreender a reforma do sistema de saúde e seu impacto nos cuidados prestados, sendo visionário, pensando estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências”*. Esta associação é a primeira instituição em Portugal que apresenta na sua página *on-line* (<http://apegel.orgdata>) um “Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão”, que apresentamos na figura 4.

FIGURA 4 - Competências do enfermeiro gestor

Fonte: <http://apegel.org>

Esta associação considera que o enfermeiro deve reunir competências a nível estratégico, tático e operacional, garantindo a segurança do cidadão /família e comunidade. Considera ainda, que os enfermeiros devem ter competências em quatro eixos: prática profissional, gestão de cuidados e serviços, intervenção política e assessoria e desenvolvimento profissional, que por sua vez se organizam em várias competências descritas no respetivo referencial. De referir que este estudo terá como alicerce estas competências do enfermeiro gestor, relacionando-as com as necessidades de formação em serviço de acordo com os padrões de qualidade e as TIC.

Nos vários estudos encontrados sobre competências gerenciais, existem algumas competências que estão citadas na maior parte dos artigos, nomeadamente a liderança, motivação da equipa, relacionamento interpessoal e a comunicação (Cunha e Ximenes, 2006; Yamauchi, 2009; Augusto, 2013; Assis, 2010).

Cunha e Ximenes (2006), nos seus estudos citaram um modelo criado *por Nursing Leadership Institute* após entrevista a enfermeiros gestores americanos, onde foram identificadas seis competências principais, nomeadamente: poder pessoal; efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com o staff, com o cliente e consigo mesmo, pensamento

sistematizado, referindo estes autores que ainda são necessários mais pesquisas para clarificar as competências gerais.

Em Portugal, no sentido de operacionalizar as funções de gestão dos enfermeiros, Augusto (2013), procedeu a uma análise de conteúdo da legislação descrevendo uma síntese das competências identificadas, como se apresenta na seguinte figura 5:

FIGURA 5 - Síntese das competências identificadas

ENFERMEIRO PRINCIPAL	ENFERMEIRO DIRETOR NA GESTÃO HOSPITALAR	ENFERMEIRO CHEFE NA GESTÃO HOSPITALAR	COORDENADOR DA UCC	VOGAL CLÍNICO DO ACES
Gestão de Recursos Humanos (8)	Competências Técnicas de Enfermagem (5)	Competências Técnicas de Enfermagem (4)	Competências Técnicas de Gestão (3)	Competências Técnicas de Enfermagem (4)
Organização e Planeamento (6)	Gestão de Recursos Humanos (5)	Organização e Planeamento (3)	Comunicação (3)	Comunicação (2)
Competências Técnicas de Gestão (4)	Competências Técnicas de Gestão (3)	Gestão de Recursos Humanos (3)	Organização e Planeamento (2)	Conhecimento de Políticas de Saúde (2)
Competências Técnicas de Enfermagem (3)	Organização e Planeamento (2).	Competências Técnicas de Gestão (2)	Trabalho em Equipa (2)	Trabalho em Equipa (2)
Preocupação pela Qualidade (2)	Preocupação pela Qualidade (2)	Competências de Supervisão Clínica (1)	Preocupação pela Qualidade (1)	Gestão de Recursos Humanos (2)
Trabalho em Equipa (2)	Conhecimento das Políticas de Saúde (1)	Pensamento Crítico (1)	Competências Interpessoais (1)	Preocupação pela Qualidade (1)
Competência de Supervisão Clínica (1)	Pensamento Crítico (1)	Comunicação (1)	Competências Técnicas de Enfermagem (1)	Competências Interpessoais (1)
Conhecimento das Políticas de Saúde (1)	Trabalho em Equipa (1)	-----	-----	Resolução de Problemas (1)
Pensamento Crítico (1)	-----	-----	-----	-----
Comunicação (1)	-----	-----	-----	-----
Iniciativa (1)	-----	-----	-----	-----

Fonte: Augusto (2013,p.39)

De salientar que a competência comunicação, competências técnicas de gestão, competências técnicas de enfermagem estão descritas em todas as funções da área de gestão, sendo que a preocupação com a qualidade, trabalho em equipa são as que mais se repetem.

No referencial das competências do enfermeiro gestor da APEGEL, no eixo da intervenção política e assessoria, está a competência do **planeamento estratégico**, em que o enfermeiro gestor determina os seus objetivos, metas e os indicadores de gestão do seu serviço. O enfermeiro gestor deve ter uma visão global da organização e elaborar indicadores de gestão que permitam medir o desempenho e os resultados dos processos organizacionais, utilizando indicadores sensíveis à enfermagem, garantindo a sustentabilidade da organização. Atualmente são várias as ferramentas

que facilitam a implementação das estratégias da organização e do serviço, sendo o *Balanced Scorecard* uma delas.

Um dos processos mais relevantes da gestão diz respeito à formação. Esta competência faz parte do eixo do desenvolvimento profissional, sendo esta competência designada por: “Promove a formação e o desenvolvimento da prática da enfermagem”. O novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, é um projeto futuro na validação da idoneidade formativa dos serviços, dos formadores e desenvolvimento de competências na enfermagem.

No próximo subcapítulo serão abordados os conceitos da formação em serviço, o seu enquadramento legal e a sua realidade atual nas organizações.

1.2 Formação em serviço

É assumido entre os enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Conforme refere Sousa (2003) e Nunes (2006), a atualização e o grau de formação dos profissionais no desempenho das suas funções, é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida. Também Nóvoa (1991) citado por Rosário (2007), refere que “*a formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas*” emerge sim, da relação entre os saberes e a reflexão diária sobre a prática.

Segundo Gomes, et al (2008, p.376), a formação pode ser definida como, “*conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objectivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho*”.

Na perspetiva de melhoria do desempenho organizacional, o conceito de formação apresenta-se como um instrumento de gestão, cujas estratégias estão orientadas para o alcance das metas organizacionais. Cabrera (2006) citado por Gomes, et al (2008) refere que “*Os novos conhecimentos, capacidades e atitudes devem ser aprendidos e aplicados no trabalho para melhorar o desempenho da empresa*” (p.376).

Quando se fala em formação, esta centra-se na organização e no alcance de objetivos relacionados com o trabalho, enquanto a educação não apresenta um contexto específico nem dirigido para a sociedade, no entanto, ambos se destinam ao enriquecimento individual. A educação e qualificação contínua são um dos grandes pilares na construção da sociedade do conhecimento.

O conhecimento é uma mais-valia na gestão moderna, pois dele resulta a melhoria do desempenho organizacional. Concordamos com Carapeto e Fonseca (2006,p.302), quando referem que *“a gestão do conhecimento, para além de construir uma fonte de inovação e de desempenho, assegura o desenvolvimento das competências dos seus membros.”*. Consideram ainda que os gestores têm um papel fulcral na partilha da informação, pois o conhecimento partilhado é superior ao conhecimento individual.

A formação está interligada com a aprendizagem ao longo da vida, podendo ocorrer em todos os momentos circunstanciais da mesma. Pode ser formal ou informal, planeada ou não, mas ela é considerada um processo, em que as pessoas adquirem novos conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos com relevância para a execução da sua função (Gomes, et al, 2008).

Para Gomes, et al (2008), a formação destina-se a obter resultados em três áreas do saber: *saber saber*, ressaltando a aquisição e melhoria de conhecimentos gerais e específicos para o exercício das suas funções, assim como capacidades cognitivas (memória, compreensão,...); *saber fazer*, onde sobressai a aquisição e melhoria de capacidades motoras, e competências necessárias para um bom desempenho; *saber ser e estar*, permitindo a aquisição e melhoria de atitudes, comportamentos adequados à função e às necessidades da organização (comunicação interpessoal, empenhamento na organização,...).

No que concerne às áreas de intervenção da formação, salienta quatro: a *transmissão de informações* sobre conteúdos sobre a organização; a *mudança de atitudes* face ao trabalho, com a melhoria das relações interpessoais; o desenvolvimento *de capacidades de trabalho*, permitindo a melhoria de capacidades relacionadas com a execução da tarefa e o *desenvolvimento de conceitos*, com abordagens a domínios mais abstratos, como o pensamento estratégico global, sendo especialmente importante para os gestores (Gomes, et al, 2008).

Com estas novas perspetivas, a pessoa é considerada como agente responsável pela sua própria formação, que interagindo nas suas experiências pessoais e no seu contexto de trabalho, transformam a sua aprendizagem e o seu conhecimento. Surgem novos conceitos de aprendizagem organizacional, nomeadamente, as organizações qualificantes, ou seja, organizações que aprendem.

Este conceito foi estudado por vários autores (Amadiou e Cadin, 1996; Zarifien, 1992; Cardoso, 1998), que embora com algumas controversas, salientam a sua importância na formação. Para Menoita (2011), a organização qualificante centra a sua atenção nos formandos como atores da formação e do trabalho, sendo estes agentes de socialização que estabelecem relação no contexto de trabalho, construindo o seu espaço onde exercem funções. Assim, esta organização permite a aquisição de competências, que podem ocorrer simultaneamente em locais de aprendizagem e de desenvolvimento profissional, influenciando a qualidade do trabalho.

Um dos processos como os enfermeiros se formam e atualizam é através da formação profissional contínua e da autoformação em particular, sendo um dos grupos profissionais que mais investe na formação em serviço. Como refere Menoita (2011), a formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem.

A nível nacional, Barbosa (2011), refere que a formação dos profissionais de saúde é crucial no processo de mudança, em que surgem novos paradigmas de formação nos conteúdos, metodologias e de avaliação. O desenvolvimento dos profissionais deve fomentar além dos conhecimentos técnico-científicos, as capacidades e os comportamentos, criando maior diferenciação de recursos humanos num aperfeiçoamento contínuo e em participação em projetos de investigação. Salienta ainda que, uma das condições prévias para o exercício da governação clínica é a educação, treino e formação profissional contínua, sendo que esta deve desenvolver competências e capacidades que permitam estimular os profissionais, favorecendo um caminhar contínuo coletivo.

O mesmo autor refere que os processos de formação devem ser centrados no desempenho e na decisão clínica, devendo as estratégias de formação ser internas, estimuladas pelos Conselhos de Administração para o desenvolvimento dos profissionais, podendo estar retratadas nos processos de contratualização interna. A avaliação do impacto da formação deve evoluir para uma avaliação do nível de aprendizagem e das competências desenvolvidas dos profissionais, através de avaliação do desempenho, dos indicadores de qualidade, auditorias e da satisfação e reclamações dos clientes.

A formação reforça o aprofundamento das competências e do desenvolvimento pessoal, mas essencialmente é necessário adquirir competências genéricas, capacidade de absorver novos conhecimentos, flexibilidade, a autonomia, a liderança, capacidade de trabalhar em equipa, para fazer face ao mundo do trabalho, José Neves (2003) citado por Rocha (2010).

Como refere Menoita (2011), a formação em serviço pretende contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem. Segundo esta autora, as organizações devem criar ambientes reflexivos, de aprendizagem em equipa, que promovam a autonomia, novos estilos de liderança, tendo uma visão partilhada nas redes funcionais de intercomunicabilidade entre todos os intervenientes.

Importa clarificar conceitos relativos à formação em enfermagem, no que concerne à formação contínua e formação em serviço. A formação contínua é uma parcela da formação permanente que assume o objetivo de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional utilizando um modelo pedagógico fundamentalmente formal e transmissivo. Santos (2008, p.39), define formação contínua “*como a forma contínua em que os profissionais aprendem no exercício das suas funções*”. O mesmo autor,

refere que a última finalidade da formação contínua em enfermagem é a garantia da qualidade dos cuidados a um alto nível.

A formação em serviço é a restante parcela da formação permanente, dando continuidade aos objetivos da primeira, mas desenrola-se em simultâneo com a prática profissional e que se repercute na resolução de problemas específicos dos diferentes serviços.

Abordar a temática de formação contínua, implica abordar o contexto histórico da formação de adultos. Segundo Nóvoa (1998), existem três grandes movimentos da formação de adultos que vieram mudar o paradigma escolar, nomeadamente: educação nova; educação permanente e movimento atual. Apenas vamos ressaltar a educação permanente e o movimento atual, por ser mais relevante para o nosso estudo.

A educação permanente surge dos vários modelos de trabalho das organizações como o modelo taylorista, como uma necessidade de adaptar as pessoas ao trabalho, num paradigma de mudança tecnológica e organizacional. Foram vários os autores que estudaram a evolução do conceito de educação permanente, ressaltando que a formação se preocupa em responder ao crescimento económico e inovação da sociedade, tendo a educação permanente um lugar em todas as idades da vida, nas várias circunstâncias de ocorrência. No entanto, verificava-se uma separação rígida de estrutura, de programas, de conteúdos, de formandos e de decisores-concetores, fora do contexto de trabalho, que desencadeou que a formação contínua se automatizasse, tendo um efeito limitado nas organizações (Menoita, 2011).

A referência à formação em termos da carreira de enfermagem ronda três décadas, em 1981, no DL nº 305 de 12 de novembro, referiu as necessidades de formação em serviço, salientando-se pela distribuição das responsabilidades da formação na organização. Assim, incumbia ao enfermeiro graduado (grau 2) colaborar em ações de formação em serviço dos enfermeiros de grau 1 (art. 4º), ao enfermeiro especialista colaborar em ações de formação em serviço de enfermagem e, quando solicitado, na formação de outro pessoal dos serviços de saúde (ponto 1 do art. 5º). O enfermeiro chefe tinha a responsabilidade de planear, organizar e avaliar as ações de formação em serviço (ponto 2 do artigo 5).

É de salientar que em 1991, no DL nº 437/91, de 8 de novembro, regulamentou a carreira de enfermagem, valorizando a formação em contexto de trabalho designada por formação em serviço, definindo inclusivamente, o conceito de formação em serviço como *“atualização e aperfeiçoamento profissional”*.

Ao aprofundar a leitura da legislação verificamos que DL nº 437/91, determinou que em cada unidade prestadora de cuidados, deveria existir formação em serviço, de acordo com a *“satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objetivos comuns e das necessidades individuais de cada membro do grupo”*.

Acresce ainda a organização da formação referindo que, *“o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde”* e ao mesmo tempo institucionaliza a formação, criando a figura de enfermeiro formador que assumia a dinamização da formação sob a responsabilidade do enfermeiro chefe. A seleção deste enfermeiro seria realizada pelo enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor, tendo como base a preferência por um enfermeiro especialista e avaliação do curriculum profissional.

Mais tarde em 2009 (DL nº 248/2009 de 22 de setembro), verificamos que o enfermeiro detentor de título de enfermeiro especialista deve *“desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna”* sendo no entanto, a responsabilidade da mesma atribuída ao enfermeiro principal.

Encontramos, ainda, legislado, (nº1 do Artº14º do DL nº 50/98 de 11 de março), a oportunidade dos trabalhadores da administração pública, efetuarem a formação profissional contínua em três tipologias, nomeadamente em cursos de formação de pequena, média e longa duração; módulos capitalizáveis de cursos de formação; seminários encontros, jornadas, palestras, conferências e estágios. O nº2 do mesmo artigo, acrescenta que as tipologias citadas nas alíneas a) e b) podem ser desenvolvidas em serviço, em sala ou à distância. Na análise deste artigo, encontramos uma referência da utilização das TIC na formação, isto é, a possibilidade dos enfermeiros desenvolverem formação em serviço à distância.

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros, expresso no DL nº 104/98 de 21 de abril, no Artº 75º, alínea d) do nº2, refere como um dos direitos relativos à formação dos membros efetivos, é o direito a *“condições de acesso à formação para atualização e aperfeiçoamento profissional”*. O referido DL regulamenta ainda que: um dos valores universais a observar na relação profissional *“a competência e o aperfeiçoamento profissional”* através da alínea e) do nº2 do Artº 78º; um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a *“excelência do exercício da profissão em geral e na relação com os outros profissionais”* através da alínea c) do nº3. A excelência do exercício também se encontra expressa no Artº 88 alínea c) do mesmo DL, onde se pode ler que: *“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização continuados seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”*.

Menoita (2011), reflete sobre o movimento atual baseada no estudo de Barroso (1997), em que se intensificam as relações entre os espaços da formação e os espaços do trabalho. Segundo ela, as novas teorias das organizações promovem as pessoas e favorecem a integração da formação profissional nos contextos de trabalho, sendo a Teoria dos Sistemas de Ação Concreta assente numa

abordagem contingencial. Nesta teoria, a aquisição de saberes resulta da recursividade entre a formação e o contexto de trabalho enquanto construto social.

Quando se fala em formação e em aprendizagem, tem que se ter em consideração a importância no desenvolvimento de um programa de formação, que permita a melhoria contínua da qualidade integrado numa cultura organizacional (Dale e Bunney, 1999). Segundo estes autores existem três etapas do plano de formação, conforme apresentamos na figura 6:

FIGURA 6 : Etapas do plano de formação

ETAPAS	TAREFAS
1. Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> Identificação a missão da organização, os seus objetivos de qualidade e as suas necessidades de formação sobre a qualidade. Determinar as atividades exigidas aos funcionários para alcançar os objetivos de qualidade. Especificar os grupos de funcionários (por função, departamento, etc.). Descrever os comportamentos no local de trabalho necessários para alcançar os objetivos de qualidade. Analisar e enumerar as competências necessárias aos funcionários para melhorar a qualidade com os seus comportamentos. Identificar as falhas de qualidade e explorar formas de colmatar essas falhas.
2. Implementação	<ul style="list-style-type: none"> Conceber, desenvolver ou selecionar e implementar a formação para a qualidade. Estabelecer um sistema para manter o desempenho depois da formação através do reforço da aprendizagem.
3. Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o impacto da formação para a qualidade. Rever e adaptar o plano de formação em qualidade se necessário. Dar feedback aos envolvidos na formação.

Fonte: Adaptado de Dale e Bunney (1999, p.26)

Quando falamos em plano de formação em serviço (embora o quadro anterior se refira à formação na qualidade), este deve conter as três etapas. A avaliação é um dos aspetos mais importantes da formação, é um instrumento estratégico para a tomada de decisão, numa perspetiva de melhoria contínua das intervenções formativas. A avaliação para ser eficaz deve ser acompanhada de um modelo para planear, elaborar, testar, aplicar, avaliar e melhorar os programas de formação (Carapeto e Fonseca, 2006).

Ao longo dos anos a formação na enfermagem tem vindo a ser estudada e desenvolvida, sendo de salientar a importância da formação para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A formação emerge como um pilar fundamental num processo contínuo desde a formação inicial até às atividades de formação contínua desenvolvidas ao longo da vida.

Santos (2008), no âmbito da relação entre a formação e o desenvolvimento profissional, salientou as investigações realizadas por Nóvoa (1991) e Sá-Chaves (2000), em que, segundo estes, o adulto atravessa diferentes fases ao longo da sua vida profissional, cuja evolução depende de vários aspetos (pessoais, sociais, institucionais,...), sendo que a sua carreira profissional é vivenciada individualmente, com intuito de não só acumular experiências vivenciadas, mas também interpretá-las. Benavente (1990), citada por Santos (2008), refere a importância de privilegiar novos saberes a

partir da reflexão sobre as práticas, valorizando também aspetos relacionais e afectivos das profissões. Esta ideia é partilhada por Rocha (2008), que refere que a dimensão pessoal de cada um tem um papel fundamental no desempenho e posteriormente no desenvolvimento profissional, e que este último se processa em função da participação dos indivíduos em atividades e experiências profissionais novas e a possibilidade de atualização e abertura à mudança.

Para os enfermeiros, o contexto de trabalho é uma excelente fonte de formação e é neste contexto que o enfermeiro interioriza e aprofunda a maior parte dos conhecimentos cognitivos que adquire na sua formação. Frederico e Leitão (1999), já referiam que a formação em enfermagem tem um carácter prático, sujeito a transformações entre o conhecimento e a prática, promovendo a reflexão sobre processos de trabalho e suas competências. É aqui que reforça e corrige comportamentos através da consolidação de saberes e de experiências que se encontram dispersos, promovendo a reflexão crítica sobre o cuidar e a inovação. Esta ideia também é defendida por Menoita (2011), quando refere que os contextos de trabalho são espaços importantes de aprendizagem e socialização, em que os atores são agentes ativos, que desenvolvem processos interativos de adaptação ao meio, transformando o conhecimento na ação e a reflexão sobre o conhecimento na ação.

Segundo Martin (2006), *“os procedimentos têm que ser baseados na melhor prática, exigindo profissionais com maior competência e capacitação do profissional. Continuar a ser um profissional de saúde requer envolvimento e responsabilidade com os avanços da profissão. Manter-se atualizado é dever de cada profissional”* (p.356).

Ao refletirmos sobre a importância da formação em contexto de trabalho, não podemos deixar de referir Malglaive (1997), que salienta a articulação dinâmica e evolutiva entre momento de fazer (saber é investido na ação), e o momento cognitivo (o conhecimento da prática é formalizado de forma mais exigente). Existe uma participação mais ativa dos intervenientes em que o objeto e o meio se transformam. Para Berger (1991), o desenvolvimento de saberes e de competências eleva-se à medida que as experiências anteriores das pessoas também crescem, de forma a ajudar a tomar consciência do que sabem e a mobilizarem as suas competências.

Nesta abordagem onde se confundem os espaços de formação e os de trabalho, surge o conceito de formação informal. São vários os autores que refletiram sobre a formação informal. Para Serra (2005), existe uma dificuldade em estabelecer os limites do campo de ação da formação informal, pois esta não se rege por estruturas formalizadas, com conteúdos rígidos ou conhecimentos prévios. Segundo o mesmo autor, a formação informal *“ não se confina a situações específicas no espaço-tempo, aliás, as situações passíveis de originar aprendizagens estão diluídas no meio em que o sujeito vive de tal forma que o próprio meio se constituiu como uma situação de aprendizagem”* (Serra, 2005, p. 18).

Para Abreu (1994), a formação informal refere-se a ações que não sejam circunscritas a formas educativas programadas, mas sim desenvolvidas num contexto. A formação em serviço deveria estar relacionada com a formação em exercício, ou seja, ocorrer em contexto de trabalho formal, não formal e informal que em conjunto com a ação, promove o desenvolvimento de competências. Esta ideia também é defendida por Menoita (2011), quando concorda que a formação em exercício, *“implica a queda de barreiras entre a ação e dispositivos de formação e entre concetores e destinatários da formação. A formação é percebida como um processo inerente ao trabalho, desenvolvendo-se nos mesmos espaços e tempo deste”* (p.91).

Alarcão, et al (2005), releva a importância de saberes contextualizados, baseada na análise das práticas dos cuidados de enfermagem, formando um todo. São várias as controvérsias sobre os efeitos que a formação em serviço assume nas organizações atualmente. A formação em serviço não reflete as preocupações no processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, mas transformou-se em momentos tradicionais de transmissão de informação, de ensino e aprendizagem profissional. O que parece acontecer é a mudança da centralização da formação dos centros de formação para as unidades de cuidados, mantendo a mesma falta de adesão pelos enfermeiros e consequentemente ineficácia (Canário, 2000; Abreu, 1994).

Os enfermeiros sendo um grupo ativo no seu contexto de trabalho, facilmente perceberam a complexidade e a riqueza que a aprendizagem no seu exercício profissional, como um processo de adaptação biunívoco entre os atores e o meio que os interage. Concordamos com Menoita (2011), quando refere que a formação em serviço *“ganha uma nova dimensão formativa não só porque permite uma interação entre todos os atores do sistema, como também com o próprio contexto de trabalho, podendo induzir transformações individuais, coletivas e sistémicas, numa perspetiva de eco-transformação de todos os elementos construtivos do sistema”* (p.94).

Miles e Creed (1995) citado por Gomes, et al (2008), identificaram quatro filosofias de gestão, sendo que a quarta filosofia se traduz no Modelo do Investimento Humano, *“ em que reconhece não apenas a necessidade de melhor aproveitar o potencial das pessoas, mas também a necessidade de o atualizar constantemente. É uma filosofia baseada em conceitos emergentes nos anos 90, como os de redes, aprendizagem organizacional, confiança e capital humano”* (p.109).

Focalizando as pessoas, como elementos chave para a mudança, e a sua interação relevante para o sucesso das organizações, estamos de acordo com Gomes, et al (2008), quando refere que, *“as mudanças observadas nas últimas décadas deixam antever que a organização baseada nas equipas ocupe um lugar cada vez mais central. Uma das transformações anunciadas é a de que o trabalho em equipa trará flexibilidade e capacidade de adaptação”* (p.163).

A formação dos enfermeiros no terreno traz mudanças fundamentais para a aprendizagem de conhecimentos, que podem ser analisadas, avaliadas e auto-geridas. O envolvimento na

investigação-ação dá forma à formação, reforçando o indivíduo enquanto pessoa, participante ativo e autónomo (Simão, 2013).

Numa perspetiva mais globalista, e como crescimento exponencial das várias áreas do conhecimento e da formação contínua e em serviço, que se intensificam cada vez mais no futuro, segundo o PNS (2011-2016), poderá existir a tendência do aparecimento de “super-especialista” e a uma crescente hiperespecialização, ressaltando a falta de visão holística dos profissionais (ver o doente como um todo, um ser único, completo). Atualmente os profissionais de saúde têm uma maior reflexão na dicotomia qualidade- custo, devendo-se equacionar a relação custo - benefício nas várias intervenções realizadas.

Neste sentido, Carapeto e Fonseca (2006), defendem que a organização deve monitorizar o que gasta com a formação, pois a forma como ela é avaliada pode intensificar a eficácia da aprendizagem, melhorar o desempenho na área do trabalhador e a eficácia no custo. Pretende-se avaliar a relação custo-benefício para que possa ser avaliada a eficiência dos recursos económicos que são alocados à formação.

Dada a conjuntura nacional, importa aliar estes conceitos, ao das expectativas e da motivação dos enfermeiros em relação à formação. Assim, é percebido o enfraquecimento da procura de enriquecimento curricular para progressão na carreira, através de frequência de formação em serviço, congressos ou formação pós licenciatura. Ora, a convicção que a formação é uma necessidade percebida e deve ser garantida a nível individual, organizacional e social, obriga as instituições e os seus dirigentes a adaptar-se a novos contextos, e a novas realidades. A utilização das TIC, nomeadamente o *e-learning*, pode ser o caminho.

Esta ideia tem vindo a ser defendida por Rocha (2010) que, a formação não só se encontra entre a educação e o trabalho, mas que também faz parte do ciclo de vida dos trabalhadores, com carácter contínuo, ganhando relevância a reconversão profissional de forma a acompanhar o desenvolvimento tecnológico.

No próximo subcapítulo será realizada uma abordagem entre a formação em serviço e a utilização das tecnologias, nomeadamente a formação à distância.

1.3 Formação à distância

O ensino à distância em Portugal apresenta as primeiras abordagens em 1928, altura em que foi editado um curso de contabilidade, sendo que nos anos 40, de acordo com Santos (2000), algumas organizações protagonizaram este regime de ensino. Posteriormente, surge a Teleescola, nos finais dos anos 70 o Ano Propedêutico, substituído pelo atual 12º ano e nos anos 80 surge o

Instituto de Formação Bancária e a Universidade Aberta que são, presentemente, grandes operadores de ensino à distância em Portugal (Lopes, 2011).

A abordagem do ensino – aprendizagem à distância, segundo Correia (1989), traduz-se pelas seguintes expressões: “*ensino aberto*”, “*estudo independente*”, “*ensino à distância*”, e “*educação a distância*”, considerando que estas expressões, embora utilizadas de modo indiscriminado, quando referenciadas às realidades concretas que pretendem traduzir envolvem alguma especificidade. Algumas destas características do “*ensino aberto*” de acordo com Roger Lewis (1989) seriam: a centralização do ensino no estudante e não na instituição; a utilização duma gama muito diversificada de métodos no processo de ensino-aprendizagem e a diminuição de algumas barreiras e restrições do ensino tradicional, nomeadamente as que limitam o acesso à educação.

Quando é abordado o conceito de “*educação à distância*”, podem salientar-se vários autores, sendo um dos conceitos definido por Ochoa (1979), citado por Pereira (1993), como um sistema inovador que utiliza meios de ensino multimédia, cobrindo uma área geográfica maior que o método tradicional (presencial), promovendo processos de ensino/aprendizagem que procuram alcançar objetivos educacionais mais específicos.

A aprendizagem é um processo contínuo que ocorre ao longo da vida, assim, a formação dos enfermeiros nas instituições de saúde, deve acompanhar estas mudanças e inovar, garantindo que o enfermeiro se mantenha atualizado, com uma aprendizagem direcionada para as suas necessidades, numa constante procura de aperfeiçoamento do conhecimento e atitudes, disponibilizando a informação sempre que necessário. A aprendizagem à distância, surge no sentido de ultrapassar algumas das dificuldades existentes, nomeadamente as barreiras geográficas e dos horários, permitindo que ocorram alternativas, que cada pessoa aprenda conforme a sua disponibilidade e ritmo.

Com as novas tecnologias nas instituições de saúde, a nível das comunicações e multimédia, emerge a oportunidade de abrir novas possibilidades para a formação em serviço, que poderá decorrer em ambiente presencial ou à distância. A existência de internet, correio eletrónico e de um portal institucional, permite que exista uma grande acessibilidade aos novos meios de interação e comunicação, potencializando um processo de aprendizagem. Esta interação entre a pessoa e a tecnologia traz um maior envolvimento do profissional de saúde na sua própria aprendizagem, através da disponibilidade através de ambientes virtuais eficazes e da responsabilidade individual no âmbito da educação para adultos.

Este conceito foi defendido por Carapeto e Fonseca (2006) quando referem que as TIC têm um potencial fundamental na formação. Podem ser utilizadas de modo presencial ou modo de ensino à distância. As TIC utilizam multimédia, um conjunto de suportes e recursos pedagógicos que requerem novas tecnologias, permitindo a transformação e tratamento da informação à base de

textos, imagens e sons. O *e-learning* é o método mais utilizado, e segundo este autor são utilizadas as tecnologias da internet na aprendizagem que melhoram o conhecimento e o desempenho profissional.

Nas contingências atuais e perante a instabilidade das organizações, a formação tem que ultrapassar as barreiras tradicionais e inovar, estar em constante processo de mudança, para garantir mais efetividade. Como refere Gomes, et al (2008), *“Nas organizações onde o lema é todos devem aprender, sempre, as possibilidades competitivas são seguramente maiores – não apenas para lidar com as contingências competitivas atuais, mas também para aproveitar oportunidades e enfrentar desafios futuros”* (p.378).

CEPCEP, et. al (2003), citado por Lopes (2011), salienta que o mercado de *e-learning* em Portugal, embora um campo potencialmente em desenvolvimento, apresenta uma deficiente circulação de informação; em que a oferta institucional (escolas; politécnicos, universidades) se sustenta numa visão rígida, não facilitando a flexibilização dos cursos à medida dos formandos, sustentando que, apesar dos investimentos do governo para a sociedade da informação, a sua implementação, é ainda deficiente, sendo que o acesso à internet de banda larga apresenta custos elevados.

O conceito de *e-learning*, foi abordado por vários autores, salientando Paulsen (2002), citado por Lopes (2011), *“é definido como um tipo de aprendizagem interativo, no qual o conteúdo de aprendizagem se encontra disponível on-line, estando assegurado o feedback automático das atividades de aprendizagem do estudante. A comunicação on-line em tempo real poderá ou não estar incluída, contudo a tónica do e-learning centra-se mais no conteúdo da aprendizagem do que na comunicação entre alunos e tutores”* (p.41).

Segundo Franco (2001) citado por Lopes (2011), *e-learning*, *“define-se como a utilização das TIC para desenhar, seleccionar, administrar e promover a aprendizagem, surge como uma modalidade de formação à distância que assenta nas novas tecnologias e nos seguintes pressupostos: 1) o formando assume um papel decisivo na gestão do seu processo de formação, trabalhando recursos e materiais em vários suportes (CD – ROM, vídeo – conferência, cursos on – line, etc.,) em função do seu ritmo de aprendizagem; 2) a interacção com o formador (tutor) é possível em presença física, à distância (síncrona ou assíncrona) em função das diferentes necessidades”* (p.42).

Nesta nova abordagem de aprendizagem à distância, Lopes (2011), salientou alguns aspetos inerentes: que a aprendizagem é permanente, utilizando a formação baseada na andragogia, em que na educação para adultos, este demonstra vontade de aprender quando vê utilidade na resolução de problemas reais da sua vida profissional; que o profissional está no centro de todo o processo formativo, sendo co – autor e co – produtor da sua aprendizagem; que a formação à distância (*e – learning*), desempenha um papel central e potencia a formação presencial; que os conteúdos a

definir na plataforma são selecionados após análise das necessidades de formação, sendo flexíveis e dinâmicos; que a aprendizagem é também coletiva (da equipa) e sistémica (organizacional); a flexibilidade, porque a plataforma será desenhada atendendo às necessidades da organização, sem constrangimentos de tempo ou de espaço, permitindo uma gestão individualizada dos planos de formação; que a acessibilidade, pela disponibilidade permanente dos conteúdos e troca de experiências intra e inter organizacionais sem necessidade de deslocações; a atualização constante, pela facilidade de renovar a informação nas novas tecnologias usadas na plataforma; e finalmente pela rentabilidade, podendo surgir estudos para análise dos custos associados às formações pontuais.

Atualmente, aborda-se o conceito de Blended-learning (*b-learning*), que segundo Pimenta (2003), citado por Lopes (2011), terá surgido no ano de 1999/2000, e é definido como um processo de formação que combina métodos e práticas do ensino presencial e do *e-learning*. Este conceito de formação combinada inclui processos de formação que é realizada no local de trabalho, no exato momento em que o colaborador necessita, ou a combinação de formação teórica com formação prática, refletindo a procura incessante de otimização do processo de ensino/aprendizagem. Os mesmos autores, referem que o *b-learning* fornece aos colaboradores de acordo com a disponibilidade a informação e conhecimento em ambiente de *e-learning*, sendo mais tarde reconhecido e valorizado. O *m-learning*, de mobile learning, ou aprendizagem móvel é uma das modalidades da educação a distância para adultos, ou *e-learning*, onde a interação entre os participantes se concretiza através de dispositivos móveis, tais como telemóveis, *micronotbook* *epalmtops*, etc.

A formação em enfermagem está em mudança, emergindo a adequação das TIC na formação, para o desenvolvimento de saberes e de competências profissionais, cada vez mais exigentes, nos tempos atuais. Na formação em serviço, o conhecimento adquirido não apresenta carácter definitivo ou imutável, pelo contrário, é um processo dinâmico, atualizado ao longo de toda a vida. Constatase que as alterações trazidas pela nova sociedade impõem ter disponível uma informação atualizada, sendo o recurso a sistemas de informação e comunicação *on-line*, fundamental para garantir a acessibilidade da mesma disponível em tempo real.

Emerge o desenvolvimento da nova filosofia de aprendizagem em enfermagem, baseados em sistemas de formação flexíveis, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela sua própria formação. Segundo Baixinho (2007), a formação deve ser exercida de dentro para fora, em que a definição de objetivos, escolha de conteúdos, do local e “timing”, deve ser uma escolha do indivíduo, reforçando que a importância de a formação e aprendizagem centrada em nós próprios.

Collière (1989), citado por Baixinho (2007), salienta a importância da formação como geradora de comportamentos e atitudes em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, aproveitando os momentos para refletir e desenvolver os domínios do conhecimento.

Esta nova abordagem da aprendizagem, vai de encontro com a aplicação da aprendizagem à distância da formação em serviço dos enfermeiros, em que as várias modalidades do *e-learning*, constituem um processo inovador, dinâmico para os enfermeiros, que poderão permanentemente desenvolver auto-formação, *on-line*, no portal interno da instituição, podendo em qualquer altura, *just-in-time*, esclarecer dúvidas acerca de uma determinada área na base de dados com quem a trabalhou. Carapeto e Fonseca (2006) reforçam esta ideia, quando referem que as TIC, são possibilidades inovadoras da formação, pois permitem formação individualizada, concebida para um colaborador com determinado conteúdo, *just-in-time*, no próprio local de trabalho ou com um formador *on-line*.

São vários os autores, nomeadamente, Martins e Lopes (2012) que defendem a interação das tecnologias de informação e a ação educativa, em que o formador/formando interage via internet e *e-mail*, salientando empresas como a Nacional Technological University dos EUA, onde a formação contínua é fornecida via satélite a outras empresas.

Como refere Lopes (2011), *“criar instrumentos de aprendizagem on-line colocando o conhecimento a circular em rede por todos os colaboradores de uma organização pode constituir a base para o conhecimento cooperativo. As novas tecnologias pedagógicas ao serviço da formação à distância funcionarão como poderosos instrumentos de planeamento, avaliação, construção de depósitos de informação, acesso a fontes externas, ensino e trabalho em equipa no contexto do processo de aprendizagem”* (p.34). Considera também, que as oportunidades competitivas e inovadoras da formação à distância em ambiente *e-learning* e *b-learning* nos recursos humanos da saúde terão sucesso, sendo fundamental existir um compromisso por parte das organizações.

Conforme refere Pervenanzze (2008), citado por Lopes (2011), a formação em enfermagem tem que ultrapassar as barreiras, no âmbito da aquisição de conhecimento passivo, circunscrito à formação em serviço tradicional, num determinado espaço e período de tempo. Num futuro próximo, considera-se que a utilização do *e-learning* será um processo facilitador na aprendizagem em enfermagem, pois serão os próprios colaboradores que conduzirão a “sala de aula” para dentro da organização, desenvolvendo uma ampliação da consciência dos enfermeiros na formação.

Na enfermagem, nomeadamente nos processos de integração, a formação poderá ter um caráter mais formal, podendo-se ressaltar a necessidade da utilização do *b-learning* como opção mais efetiva. Concorde-se com Lopes (2011), quando este refere no seu estudo, que não existem opções mais favoráveis que outras para a formação, podem existir abordagens em que a formação

de sala de aula é a mais adequada, outras o *e-learning*, ou *ainda* uma combinação de ambas as abordagens.

1.4 Contributos das TIC na gestão em enfermagem

Num paradigma de mudança, em que os meios tecnológicos desafiam o tempo, o espaço e o conhecimento, eles estão no centro de toda a atividade nos enfermeiros gestores e segundo vários autores as TIC são um instrumento fundamental na gestão, pois com a internet, as constantes atualizações e inovações muita informação está em rede, sendo a informação vital à gestão.

Atualmente, vivenciamos uma nova sociedade, a “Sociedade da Informação”, os avanços tecnológicos a que se tem assistido nos últimos anos no sector da saúde, deve-se a um novo desafio de inovação pela aplicação das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC).

As organizações tornaram-se muito complexas e sofisticadas, e o grande aumento das expetativas dos doentes e cidadãos, associado a novas condições mundiais, permitiu que os sistemas de informação, se tornassem uma nova realidade na saúde. Esta ideia é defendida por Carapeto e Fonseca (2006), que consideram a Sociedade de Informação, *“como uma sociedade onde o desenvolvimento repousa principalmente sobre a evolução e integração das tecnologias da informação e da comunicação, como meio para favorecer a circulação e a troca de informações e conhecimentos.”* (p.299).

Outros autores, tais como Gonçalves (2003) e Campos (2009), consideram que a Sociedade da Informação significa uma economia da informação e do conhecimento, onde se incluem as TIC, sendo o computador o meio essencial, para a reflexão de todos os aspetos das áreas de relevo da informação. Este último autor considera ainda, que a Informação começa a ter contornos com relevo económico direto sobre o indivíduo que se considera proprietário da informação e começa a ter maior impacto a nível organizativo e empresarial na sociedade.

Em 1991, Takahashi já se referia aos avanços tecnológicos, em que esses avanços e a necessidade de aumentar a especialização dos recursos humanos para os acompanhar, eram fatores que podiam interferir no alcance dos objetivos da organização caso não ocorresse interação entre todos os membros que a constituíssem. Segundo esta autora, esta interação pode ocorrer caso haja um sistema integrado que concentre as informações necessárias ao seu funcionamento, que processe essas informações, de forma a facilitar o planeamento, participando no processo de tomada de decisão. Este sistema de informação essencial ao funcionamento da organização de saúde, participa em todas as fases de planeamento, da organização, do controle, da avaliação e é essencial ao desenvolvimento das funções administrativas.

Crozier (1989), citado por Lopes (2012), defendeu no estudo que a introdução de novas TIC na organização e na vida social, influenciam a reorganização do trabalho, através de tecnologias interativas; a globalização dos mercados; a eliminação dos modelos hierárquicos e burocráticos com valorização da gestão de cultura organizacional; a redefinição do poder político que deixa de ter o poder de controlo total das atividades e dos mecanismos de regulamentação.

As novas tecnologias, entre elas a internet, com a sua nova forma de comunicar com o mundo, revolucionaram a sociedade, as empresas, a organização do trabalho, as metodologias de ensino e a forma como as administrações públicas fornecem informação aos cidadãos (Lopes, 2011). Segundo esta autora, a designação de sociedade moderna como a sociedade da informação ou da revolução da informação, constitui o denominador comum na maioria das discussões relativas às TIC no desenvolvimento de metas na Estratégia da Europa para 2020.

A mudança de paradigma, não se confina apenas à base informática, mas também à capacidade de análise e síntese de informações específicas, especializadas, que possam assumir valor estratégico para quem as controla. Este novo conceito reflete a importância das TIC nos processos de gestão, em que a importância da técnica e das aplicações informáticas por si só, não transformam as organizações mas acrescentam valor, a quem a utiliza (Lopes, 2011).

Segundo Pereira (2009), a revolução das novas tecnologias de informação, devido à sua capacidade de penetração em todas as áreas da atividade humana, está a produzir complexas mudanças na economia, na sociedade e nas suas organizações. As organizações de saúde devem acompanhar os padrões de exigência atuais, respondendo aos desafios de uma nova sociedade, desenvolvendo uma nova cultura organizacional recorrendo aos sistemas e tecnologias de informação.

Existem outros autores que também defendem a importância das TIC na economia mundial, onde se incluiu a área da saúde, Carapeto e Fonseca (2006), quando referem que *“...o processo de globalização, que teve como principais motores a mundialização da economia (incluindo a internacionalização dos objetivos e das políticas do setor público que outrora pertenciam em exclusivo ao Estado), o desenvolvimento das novas tecnologias da informação e comunicação (TIC), que garantem o estabelecimento de redes globais de produção e a funcionalidade dos mercados financeiros internacionais, bem como uma autêntica << revolução da comunicação>>”* (p.19).

Segundo Neves (2002), no seu trabalho de gestão na Administração Pública é fundamental as organizações possuírem sistemas de informação capazes de suportar toda a informação necessária à gestão dos diversos recursos e à tomada de decisão. Este autor reforça ainda os contributos das TIC na gestão, salientando que o acesso a bases de informação externa existentes e sua utilização na informação agregada de funcionamento interno, é fulcral para o acompanhamento da evolução ambiental e a definição de estratégia e objetivos. Salienta que a interligação dos serviços em rede e

bases de dados contribui para a descentralização, mantendo os níveis de confidencialidade e segurança necessários.

Quando se fala em informação está implícito o conhecimento, pois estas são duas realidades que se complementam, e transformam as organizações. Carapeto e Fonseca (2006), consideram uma nova terminologia designada por “Sociedade do Conhecimento”, cujo desenvolvimento se reporta ao somatório e valor dos conhecimentos, dos saberes e do saber-fazer das pessoas que a constituem, isto exige a implementação de sistemas capazes de assegurar a educação, a formação e a transferência de conhecimentos de forma contínua.

Também Martins e Lopes (2012) defendem a importância do conhecimento para maximizar a performance organizacional sendo o capital intelectual uma mais-valia. Segundo estes autores, parece existir uma relação entre os intangíveis e a inovação tecnológica, em que empresas em constante inovação a nível tecnológico apresentam papéis mais relevantes nos ativos intangíveis. A criação de uma rede de conhecimentos para transmitir o poder às pessoas (fator intelectual, aspecto cultural, social e memória física da organização), está a dar maior ênfase ao intangível sobre o tangível, sendo um dos aspetos mais relevantes da gestão moderna.

Segundo Sonnenberg (1994) citado por Martins e Lopes (2012) *“existem oito fatores críticos de sucesso (intangíveis) para competir em economias tecnologicamente intensivas e baseadas no conhecimento: gerar paixão, reinventar de forma constante a organização, construir a concentração e focalização, tornar-se devoto de um serviço excelente, adaptar-se à mudança, rapidez de resposta, flexibilidade e construir confiança”* (p. 43).

Por outro lado, convém reforçar o contributo das TIC na definição e implementação de estratégias na organização. Assim, as TIC devem desempenhar hoje um papel essencial nas organizações: viabilizando acesso a informação e conhecimentos; reforçando trocas e criando proximidades; disponibilizando informação da organização; reforçando a melhoria da imagem externa; facilitando o atendimento; dando maior segurança e acelerando as decisões; reduzindo o tempo de prestação dos serviços; automatizando procedimentos e simplificando rotinas; enriquecendo os postos de trabalho e o trabalho de grupo; viabilizando a descentralização e a coordenação; viabilizando novas formas de prestação e organização do trabalho de que é exemplo mais paradigmático, actualmente, o teletrabalho; criando novos serviços/produtos; influenciando a definição de estratégias e facilitando a sua implementação (Neves, 2002).

De acordo com Martins e Lopes (2012) e Neves (2002), defendem que as TIC e os sistemas de informação e comunicação que as utilizam, podem contribuir para apoiar a gestão na sua dimensão estratégica e performance organizacional, influenciando mesmo o incremento de novos valores culturais.

Segundo Lopes (2012) reforça a ideia, que são quatro as dimensões que resultam da globalização dos mercados e da intensificação das TICs, nomeadamente, a interação entre o trabalho e tecnologia; a centralidade do trabalho em equipa, a flexibilidade das relações laborais e aprendizagem ao longo da vida, constituindo todas elas um papel preponderante na gestão das organizações.

Na área da saúde, com o desenvolvimento das novas tecnologias da informação, tornou-se premente a necessidade de desencadear estratégias e mecanismos de forma a garantir a segurança da informação em saúde, minimizando a sua manipulação de forma abusiva por outros, colocando em risco os direitos, liberdades e garantias dos cidadãos.

O enfermeiro gestor, tem a responsabilidade de garantir que a privacidade do cliente esteja incutida na prática dos enfermeiros, transversalmente em todo o processo de cuidar. As instituições devem conseguir um equilíbrio entre a partilha e a manutenção da confidencialidade dos dados, elaborando políticas baseadas na legislação e aprovadas pelos Conselhos de Administração, sobre níveis de acesso à informação e monitorizar através de auditorias ao cumprimento dessas determinações. Essa política, deve incluir níveis de segurança para cada categoria de dados e informações, aqueles que necessitam ou cujo conteúdo funcional lhes permita o acesso a cada categoria de dados e de informações, incluindo o próprio cidadão.

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 35º, refere que “todos os cidadãos têm direito de acesso aos dados informatizados que lhe digam respeito (...) podendo exigir a sua retificação e atualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destina, nos termos da lei”.

No contexto atual dos serviços de saúde é fundamental a envolvimento de todos os profissionais de saúde, na consciencialização e reconhecimento da necessidade de mais e melhor informação. O cliente deve participar de forma ativa na manutenção do seu estado de saúde, assim como na melhoria da sua saúde, sendo para tal importante minimizar assimetrias de informação existentes, entre os clientes e os profissionais de saúde.

Os métodos de comunicação entre todos os intervenientes do sistema de informação devem ser aprimorados, assentando em pilares basilares como o reconhecimento ao acesso e a partilha de informação, por parte do cliente, profissionais de saúde e gestores. Esta nova lógica de organização possibilita uma visão integral da prestação dos cuidados e a participação de todos num novo desenho organizacional. Outros autores já reforçavam esta ideia, segundo Guimarães e Évora (2004), o fluxo de comunicação assume um papel fulcral na articulação entre os vários serviços, ressaltando a sua importância nas organizações. Estas transformações, devem originar principalmente mudanças nas intervenções dos gestores, que são os responsáveis pela consecução dos objetivos da organização, estes devem estar conscientes da necessidade de redefinição do seu papel na organização.

As mudanças decorrentes desta nova filosofia de gestão da informação, são cada vez mais complexas a nível social e das organizações, traduzindo-se na capacidade das organizações dominarem e orientarem o desenvolvimento da tecnologia, com vista à maior competitividade dos mercados (Zorrinho, 2003).

A finalidade da gestão da informação é aumentar o rigor e a qualidade do desempenho das organizações, é a transformação da informação em ação. A informação deve ser vista como recurso a ser gerido, de forma a acrescentar valor e qualidade aos cuidados de enfermagem, evoluindo gradualmente para um *paradigma informativo* da gestão em enfermagem (Pereira, 2009; Carapeto e Fonseca, 2006), também defendem esta ideia, de que o conhecimento é dinâmico, interativo, resultando de sinergias na organização, servindo de base à ação.

Nas organizações de saúde, pode afirmar-se que a informação é um recurso primordial para a tomada de decisão, quanto mais estruturado for este processo, mais indicado será a utilização dos sistemas de informação que podem responder às orientações e necessidades informacionais do gestor. Nos modelos de decisão em processos de carácter qualitativo ou influenciados por situações contingenciais, os sistemas de informação podem contribuir com dados que serão analisados e modificados para a tomada de decisão. Esta informação agregada a valores, são transformados em matéria-prima contribuindo para o desenvolvimento do produto da instituição (Guimarães e Évora, 2004).

São vários os sistemas de apoio à decisão, que processam os dados das organizações, transformando-os em informação. Estes sistemas operam através de *softwares*, permitindo a disponibilização destas informações na forma de relatórios, com apoio de gráficos e tabelas e, ainda, permite que se instale um encontro virtual entre vários indivíduos trabalhando como um grupo dentro da organização. Richieri (2001), refere a importância, dos softwares mais modernos pois permitem também a integração dos dados com resultados que refletem em maior rapidez na análise dos dados, transformando-os em informações essenciais para a tomada de decisão.

Também Guimarães e Évora (2004) referem a importância dos sistemas de informação nos ambientes empresariais. A gestão da informação é realizada através do levantamento das necessidades de informação dos decisores, da colheita e análise de dados transformando-os em informação, que será distribuída *a posteriori* de acordo com as necessidades do decisor.

A utilização das TIC na gestão das organizações, incide em novos alicerces da informação, que potencializam a comunicação, alterando os processos de produção e gestão. As organizações estão num processo de otimização dos dados em informação, dos seus processos de decisão, da sua estrutura administrativa, transformando a sua metodologia de trabalho, sendo a análise crítica das questões essencial para o seu sucesso. Atualmente, o acesso ao conhecimento está condicionado às

ferramentas tecnológicas e principalmente às competências digitais dos utilizadores, que interagem entre si, como se o ser humano tivesse acoplado um *chip tecnológico* (Lopes, 2011).

A utilização dos Sistemas Informatizados acrescentou muitas vantagens ao processo de fluxo de informação. Podemos considerar, e à semelhança do que foi defendido por vários autores como Rives, Contois e Anhoury (2004), Guimarães e Évora (2004), que os sistemas de informação permitiram a obtenção de informação organizada, mais acessível, facilitadora do processo de comunicação; promovem a eficiência e produtividade facilitando o desempenho e minimizando o tempo despendido em atividades burocráticas, disponibilizando mais tempo para o cuidado direto ao cliente; promovem a eficácia do cuidado, pois facilitam a tomada de decisão por parte de toda equipa de saúde.

Compreender a complexidade das organizações, implica reajustamento nos níveis de tomada de decisão. Zorrinho (2003), já referenciava a importância de mudança na estrutura das organizações promovendo maior integração de processos de decisão a nível da organização intermédia, “ *Esta mudança de modelo na estrutura das organizações implica uma passagem do modelo de fluxo vertical da informação, para um modelo horizontal da informação. As novas tecnologias assumem muitas das funções de comunicação, coordenação e controlo que, anteriormente pertenciam aos níveis intermédios.*” (p.98).

Os sistemas de informação são muito relevantes enquanto instrumento de trabalho na saúde. Segundo Araújo (1995, p.1), sistemas de informação, “*são aqueles que, de maneira genérica, objetivam a realização de processos de comunicação*”. O sistema de informação em saúde é um mecanismo de colheita, processamento, análise e transmissão de toda a informação necessária para a organização e atuação dos serviços de saúde (Pinto, 2000).

A capacidade que a organização tem em aprender com as mudanças, traduz um processo dinâmico na aprendizagem individual e coletiva, traçando o futuro da gestão do conhecimento dessa mesma organização. São inúmeras as vantagens das TIC nas organizações, sendo a mais evidenciada, a melhoria da distribuição e aplicação da informação, na exploração dos recursos existentes, nomeadamente os conhecimentos das pessoas.

Ao abordar a temática das TIC, estas podem ser caracterizadas por palavras como: complexidade, capacidade de penetração dos seus efeitos, lógica de interconexão, flexibilidade, convergência e integração, novas formas de cooperação, integração de departamentos, trabalho à distância, desaparecimento de postos de trabalho mecânicos, estabelecimento de equipas de trabalho, eliminação de postos administrativos, menor distanciamento entre a direção e o pessoal e facilitação da comunicação por comércio eletrónico (Zorrinho, 2003) citado por Lopes (2014).

Atualmente a Enfermagem, atravessa uma fase de mudança, de adaptação a um “choque tecnológico” que impõe atualizações constantes, uma linguagem rigorosa, uma nova forma de pensar e conceber a prestação de cuidados de qualidade e o cuidar utilizando as TIC.

Dado o contexto político e socioeconómico que se faz sentir atualmente a nível nacional e internacional a diminuição de custos, a qualidade dos cuidados, a eficácia e eficiência são palavras vulgarmente ouvidas por parte de gestores e administradores de instituições de saúde, sendo estas fortemente influenciadas pela informação produzida nos sistemas de informação.

De salientar a relevância das TIC na gestão dos cuidados, dos serviços e da governação na saúde. A informação na gestão em enfermagem, deve contribuir na prática para a produção de indicadores de qualidade que permitam avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e a implicação dos mesmos nos ganhos em saúde do cliente que lhe são sensíveis. A produção de indicadores capazes de transformar a informação em ação, só é viável, se o enfermeiro gestor tiver acesso aos dados da informação através das TIC, estas são meios facilitadores para produzir os resultados sensíveis em enfermagem.

Segundo Pereira (2009) *"em pleno Século XXI os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não pela informação mas na informação para a qualidade e otimização dos processos de gestão"* (p.37).

A Ordem dos Enfermeiros (2007) ressalva a importância da “Informação de Enfermagem” para a governação da saúde, dando a sua relevância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão. Reconhece no documento que a visibilidade dos cuidados de enfermagem a nível estatístico e de indicadores é incipiente, referindo no entanto, que o Ministério da Saúde tem promovido iniciativas, que visam estimular os responsáveis das organizações, os profissionais e as empresas de setor a desenvolverem aplicações informáticas de suporte ao subsistema de informação de enfermagem.

O enfermeiro gestor muitas vezes depara-se com dificuldades no acesso à informação produzida pelos enfermeiros, sendo que é fulcral que esta se torne extensiva a todos os profissionais de saúde, de forma, rápida e eficaz e que se processe em tempo útil, possibilitando a elaboração de indicadores, garantindo assim maior eficácia na gestão dos serviços.

Partilhamos da opinião de Sousa (2005) e de Silva (2011), que para a otimização do fluxo de trabalho e para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados é necessário disponibilizar aos prestadores a melhor e mais completa informação do cliente. Esta informação clínica, deveria ser standardizada, com dimensões restritas ao contexto, relevantes para a equipe multiprofissional e

anexadas num registo único informatizado em rede. Neste contexto, é fundamental que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida no seu exercício profissional, criando registos efetivos, através de uma linguagem comum, o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados, utilizando a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).

Segundo Silva (2011, p.21), *"É crucial que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida durante o exercício profissional, através de um registo efetivo e recorrendo a uma linguagem comum, o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados apropriado"*. As limitações para o desenvolvimento de qualquer sistema de informação em enfermagem, relacionam-se com a pouca convivência dos enfermeiros com as tecnologias de informação, o elevado custo da implementação e o seu escasso envolvimento efetivo no desenvolvimento dos mesmos. Os sistemas de informação são, por vezes construídos sem a participação efetiva e ativa dos enfermeiros, resultando numa falta de estruturação dos dados, ausência de um conjunto mínimo de dados de enfermagem e consequente falta de acesso e utilidade da informação resultante destes dados para a continuidade dos cuidados.

A interação entre os progressos técnicos atuais e os utilizadores diferencia o seu sucesso, ou seja, as competências digitais (*e-skills*) e a tecnologia assumem um papel fulcral neste processo, sem a qual o impacto nas diversas populações, não desenvolve uma inteligência coletiva, com desenvolvimento de um conhecimento intangível, tornando-se num excesso de informação inútil. Como reforça Lopes (2011), *"as competências digitais (e-skills) (...), conjuntamente com a tecnologia permitem a interação de contextos diversos com um alcance único na história, ao possibilitar a compressão do tempo-espaço e a transmissão de informações aos mais diversos pontos do globo"* (p. 20).

O fosso digital nas sociedades está mais associado às competências não só digitais, mas também se refere à capacidade de análise crítica, de formação ao longo da vida, e menos às questões de aquisição de um computador munido de todas as interfaces tecnológicas (Vodoz e Giaque, 2003; Lopes, 2011).

No seu estudo, Murphy (2010), refere que a frustração dos enfermeiros no âmbito da implementação dos sistemas de informação, reflete-se pelo tempo de resposta lenta, traduzindo-se numa dinâmica de trabalho mais lenta. Em contrapartida, Alquraini et al (2007), nos resultados da sua pesquisa, demonstra que os enfermeiros que têm experiência de uso anterior de computador sentem maior satisfação, têm atitudes mais positivas e aceitam mais facilmente a implementação dos sistemas de informação e podem ter um papel importante, como "profissionais – chave", para ajudar na orientação dos seus colegas inexperientes.

Segundo Lopes (2011), existe uma dicotomia entre a *eInclusão* e a *eExclusão*, isto é, na primeira as “*peças que sofrem de um encantamento relativo ao aparato tecnológico como pleno de potencialidades sócio- económicas e culturais para os atores sociais; na eExclusão “ há as que criticam esse encantamento tecnológico ressaltando que a tecnologia por si só não determina nada, visto que está subordinada a interesses específicos, e as que vêm no cenário atual uma oportunidade para a mobilização das sociedades e das organizações, visando o estabelecimento de um espaço coletivo que garanta ganhos para todos”* (p.21).

Os Sistemas de informação nos serviços de saúde estão no centro das atenções e constitui prioridade da ação do governo e das reformas que têm sido implementadas. Estamos perante um processo de mudança de paradigma ao focalizar os sistemas de informação tendo a estratégia no cliente, orientado para a continuidade dos cuidados. No contexto atual, não se pode ignorar que os hospitais têm uma tripla vertente na sua missão, simultaneamente as plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde (Barbosa, 2011).

Perante esta realidade, parece emergente as organizações criarem condições que favoreçam a qualificação dos profissionais, promovendo a sua formação na área tecnológica, gerando a produção de conhecimento através dos vários meios de comunicação, incentivando a uma cultura de partilha de informação e de conhecimento coletivo. Esta cultura está em consonância com as reformas implementadas, com a visão estratégica económica nacional e Europeia, aumentando a competitividade e produtividade (PNS, 2011-2016; Comissão Europeia, 2003).

A reformulação das tecnologias de informação promovendo o *empowerment* dos clientes e apoio ao autocuidado, deve ser uma área a investir enquanto profissional. O investimento na formação pré e pós graduada, a formação em serviço, o desenvolvimento de competências nas áreas de investigação, da comunicação interdisciplinar, formação e adaptação às novas tecnologias utilizadas na instituição, constituem potencialidades a desenvolver no PNS.

Os sistemas de informação ainda constituem fragilidades ao desenvolvimento da qualidade de saúde, pois são diversos em cada unidade de saúde não existindo compatibilidade entre eles. O SAM e SONHO, estiveram estanques a nível de desenvolvimento, existindo agora uma preocupação no seu desenvolvimento, visto serem os transversais em todas as unidades de saúde públicas e empresariais (PNS, 2011-2016).

Os meios tecnológicos selecionados neste estudo, teve como base um conjunto de tecnologias utilizadas no uso corrente (correio eletrónico, chat, boletim informativo, intranet), os que são utilizados de forma menos frequente (grupos de discussão, vídeo-conferência, Wiki, Blog, forum) e o conhecimento prévio de um conjunto de tecnologias existentes em instituições de saúde e que podem ser utilizadas no exercício da gestão em enfermagem tais como: Sistemas de Apoio à Prática

de Enfermagem (SAPE), Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), Sistema Apoio Médico (SAM), Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), Agência Interoperação Difusão e Arquivo (AIDA), Programa Epidemiológico Hospitalar (HEPIC), Sistema Integrado de Acesso à Informação (SINAI), Sistema de Gestão de Controlo de Acessos e Assiduidade (SISQUAL).

A transmissão de informação deve estar suportada por sistemas de comunicações eficientes, acessíveis e menos burocratizados. Segundo a Direção Geral de Saúde (2011), nos dias de hoje a necessidade de informação adequada à prestação de serviços nunca foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento das TIC, de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde. Por outro lado, as organizações necessitam de adaptar-se a esta nova realidade, para assegurar a sua competitividade e prestar serviços de qualidade. De salientar que as organizações são constituídas por pessoas, que transformam os dados em informação e a informação em conhecimento, estas organizações aprendem e geram a mudança.

Huryk (2010), na sua revisão de literatura salienta que os enfermeiros têm uma atitude positiva em relação aos sistemas de informação, devido à perceção do aumento de qualidade em relação aos cuidados de enfermagem e segurança dos doentes, no entanto, outros autores referem que os enfermeiros têm dificuldade em aceitar o uso de tecnologia pois esta poderá desumanizar o atendimento aos doentes.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Holtz e Krein (2011), referem que muitos enfermeiros consideram esta ferramenta como um elevado padrão no atendimento aos doentes, enquanto outros enfermeiros mais conservadores consideram o Electronic Medical Record System (EMRS), uma ferramenta que irá degradar a qualidade dos cuidados prestados, pois os cuidados estão menos centrados no doente.

No seu estudo, Sharman (2007) aborda a problemática da importância de conciliar a tecnologia com o cuidar em enfermagem como ferramenta para a implementação de novas tecnologias em saúde, combatendo a resistência à mudança. Os enfermeiros reconhecem a utilidade das tecnologias para a saúde, mas é necessária uma liderança transformacional eficaz para a mudança de mentalidades de todos os intervenientes.

Na mesma sequência, existem alguns autores que referem que as perspetivas da informática na enfermagem não podem ser visualizadas isoladamente, ou seja, devem ter objetivos comuns. Verifica-se o crescimento da enfermagem graças aos avanços tecnológicos, que hoje influenciam todos os setores de atividade humana, sendo complexo percecionar a enfermagem sem sofrer influência ou sem utilizar os recursos da tecnologia de informação.

A tecnologia serve para expandir o conhecimento na enfermagem, esta tem que aprender a dominar e saber usar os computadores (*hardware* e *software*) para funções de enfermagem expandindo e fortalecendo a profissão. A utilização da tecnologia nas guidelines e protocolos multidisciplinares construídos com a colaboração de enfermagem baseada na evidência, são enfatizados no âmbito da gestão, tomada de decisão e controlo da qualidade.

O uso da Internet é um dos recursos mais utilizados na enfermagem, permitindo acesso remoto à informação de elevada qualidade. A informação cada vez mais atualizada e acessível aos clientes, norteia as estratégias de intervenção de enfermagem, focalizando-as num "novo modelo de atendimento à saúde". Neste modelo o cuidado é visto como um todo, a informação integrada, existindo um equilíbrio entre as regras e valores. Os avanços científicos e tecnológicos evoluíram pela utilização de computadores, que permitiram mudanças e avanços em enfermagem dando-lhe novos desafios e oportunidades (Marin e Cunha, 2006).

É uma atitude inteligente, enfatizar e fortalecer os comportamentos utilizando a tecnologia para atingir melhores resultados. Estamos perante organizações estruturadas com comunicação mais aberta. O gestor deve ter consciência da importância de trabalhar em rede com a sua equipa (através da internet ou de um portal eletrónico), com fluxos dinâmicos, enfatizando os processos de decisão automatizados por um computador, ressaltando a importância da partilha de conhecimentos, da comunicação entre as pessoas, que devem ser devidamente formadas tecnologicamente. A comunicação, o trabalho cooperativo entre as pessoas em várias situações, passa a ser realizado por correio eletrónico, telefone, videoconferência em vez de ser por contacto pessoal, facilitando a acessibilidade (podem estar fora do local de trabalho), e a rapidez nas tomadas de decisão.

No âmbito da gestão dos cuidados, as TIC, mais precisamente os sistemas de informação para a enfermagem, devem ser capazes de apoiar todo o processo de enfermagem, nomeadamente a avaliação, planeamento e execução dos cuidados, e a produção de indicadores para a avaliação da qualidade, sem nunca interferir com a privacidade de dados pessoais do doente. Apesar dos sistemas de informação electrónicos para a enfermagem, nomeadamente o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) constituir uma ferramenta fundamental e utilizada na maioria das instituições de saúde, constatamos na prática que ainda apresenta muitas fragilidades no que diz respeito à proteção da privacidade do cliente.

Em Portugal, existe um Portal do Utente que está integrado na Plataforma de Dados em Saúde (PDS). A PDS é numa plataforma electrónica única, apoiada num mecanismo de acesso à informação de saúde dos utentes, que permite agregar e visualizar a informação, acedendo aos dados, mas sem os poder modificar ou danificar, pelos profissionais de saúde nos diversos pontos do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Este processo de integração dos diferentes níveis de cuidados pode

e deve ser feito através dos sistemas de partilha de informação, garantindo uma maior acessibilidade do cidadão aos cuidados de saúde.

A centralização e uniformização de forma partilhada da informação, sendo esta considerada uma ferramenta de gestão, permite obtenção de dados sobre tempo de espera para obtenção do cuidado apropriado e ainda permite otimizar os conhecimentos dos profissionais pela troca de informação. Apesar de esta informação ainda ser só a que o cliente permite aceder, através do consentimento expresso, num futuro próximo, acreditamos na possibilidade das potencialidades deste portal a nível nacional e internacional, de forma a garantir a segurança do cliente e a melhoria contínua da comunicação fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A gestão de qualidade é inexequível sem uma informação válida e credível, para isso, as instituições de saúde, têm que construir sistemas de informação capazes de suportar a gestão nas variadas dimensões, incluindo clínicas, permitindo uma evolução nos domínios da governação clínica, de forma a caracterizar e comparar a realidade das organizações. A construção e utilização de indicadores criteriosos para a qualidade da informação é primordial, tanto nos registos clínicos eletrónicos, como nos sistemas de informação, indispensáveis ao desenvolvimento de auditorias internas e externas, assim como imprescindíveis à gestão da qualidade das instituições de saúde (Barbosa, 2011).

As tecnologias de informação devem integrar cada vez mais os diferentes profissionais, ser encaradas como ferramentas ao serviço da gestão, facilitando o trabalho em equipa com centralidade no cliente, promovendo a satisfação das suas necessidades e expectativas transcendendo-as. Como enfermeiros gestores, e detentores de conhecimento nesta área, temos obrigação de criar condições nos contextos de trabalho, bem como incutir nas equipas que lideramos a responsabilidade da garantia da segurança e proteção dos dados pessoais do cliente, estabelecendo diretivas a adotar, que deverão ser adaptadas nos contextos específicos das instituições, no sentido de minimizar as principais fragilidades identificadas na gestão e utilização da informação clínica, permitindo otimizar a tomada de decisão.

Na gestão em enfermagem em Instituições Públicas, ainda existe um grande caminho a percorrer, as mudanças tecnológicas estão em progresso de forma lenta, não devendo ser esquecidas as questões culturais. Estas mudanças planeadas, exigem visão e habilidades por parte do gestor para coordenarem as equipas neste processo com sucesso. Esta ideia é balizada por Burritt (2005), citada pelas autoras Bessie e Carol (2010), que referem que as lideranças de enfermagem devem admitir que valores, níveis de formação, antecedentes culturais e sociais e experiências com mudanças (negativas ou positivas) dos subordinados, têm grande impacto no grau de resistência à mudança. Salienta ainda, que é mais fácil mudar um indivíduo, que todo um grupo, mudar os níveis de conhecimento do que atitudes, mas de forma geral todas as mudanças demoram tempo.

No futuro, as organizações dependerão não só da forma da evolução da tecnologia de inovação em rede, mas também da forma como os gestores aproveitarão as oportunidades para transformar a estrutura de trabalho e consequentemente a formação profissional. A introdução das TIC constitui um desafio nas organizações, confrontando os gestores com a evidência de escassez de competências nas organizações que usam as TIC, desenvolvendo novos métodos de interpretação e realização do trabalho produtivo, conduzindo a uma redefinição de qualificações e certificações que fazem a competência profissional (Lopes, 2011).

A mudança nos gestores de organizações de saúde, deve ser acompanhada de substituição dos processos de trabalho tradicionais por processos de trabalho virtual, aproveitando as oportunidades para transformar a estrutura e formação profissional, sendo a formação em serviço à distância uma inovação para o aperfeiçoamento e consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente, nesta sequência vamos no capítulo seguinte abordar a qualidade dos cuidados em enfermagem e saúde.

2. QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Desde os anos 50 e 60, enfermeiros de todo o mundo têm concebido modelos teóricos, numa tentativa de explicar a essência e a especificidade da profissão, orientar a formação, a prática e a investigação em enfermagem. Todos os modelos convergem na valorização da intervenção orientada para o cuidar e para a qualidade dos cuidados.

Foi sem dúvida Florence Nightingale quem primeiro abordou o cuidar, que em 1859, identificou a pessoa como fenómeno para a enfermagem. Collière (1982) afirma que o “*cuidar existe desde que existe a vida, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer*” (p.27). Quando se referencia a especificidade do cuidar em enfermagem, o seu carácter assenta numa visão holística e dinâmica da pessoa, das suas experiências, baseada em valores, cultura e nas relações interpessoais que ao longo da vida estabelece.

Para Oren (1985) o cuidar implica para a enfermeira, não só satisfazer a necessidade de auto-cuidado, mas também uma atenção e formação contínua, assente no trabalho, onde procura apoio empírico através da experimentação e em trabalhos anteriores. A Ordem dos Enfermeiros no seu estatuto, no art. 88º alínea e), refere que “*o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: garantir a qualidade e assegurar a continuidade de cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos*”.

A área da saúde, quando comparada com outra área de atividade, é talvez aquela que nos dias de hoje apresenta maior complexidade e dificuldade a nível de gestão, pela sua abrangência universal e a confluência de aspetos tão diversos como os económicos, financeiros, técnicos, sociais e políticos e de uma forma natural a vida.

A prestação de serviços excelentes, exige uma liderança visionária por parte da organização de saúde e uma visão suficientemente empolgante, de forma a mobilizar a criatividade de todos numa mesma direção. O melhor investimento que uma organização de saúde pode fazer é nas pessoas, pois tanto os colaboradores como os clientes necessitam de ser implicadas num processo contínuo de melhoria e inovação (Christo, 1995; Carapeto e Fonseca, 2006; Lopes, 2012).

No sentido linguístico, a palavra qualidade tem origem na palavra latina *qualis*, que significa “a coisa tal como ela é realmente”, é uma palavra familiar, subjetiva com uma diversidade de utilizações e significados, cuja interpretação individual depende da representação mental e do grau de exigência pessoal.

A qualidade sofreu ao longo da história diferentes interpretações. Na década de 40, o conceito de qualidade estava associado à industrialização, com predominância de mão-de-obra, depois desta data como supervisão, inspeção e controlo estatística da qualidade (técnicas de amostragem), após 1960 inicia-se uma mudança no conceito para garantia da qualidade (International Organization for Standardization – ISO) e motivação para zero “defeitos”, na década de 70-80, evolui-se para o conceito de sistema de gestão da qualidade com círculos da qualidade, na década de 80-90 evolui-se para um conceito mais abrangente de qualidade total (Total Quality Management – TQM), e após esta fase procura-se uma integração e otimização da qualidade (Carapeto e Fonseca, 2006; Pires, 2012).

A qualidade é um conceito dinâmico que interage com as vivências do nosso quotidiano, deve ser visto em sentido lato, ou seja, como qualidade total numa estratégia global de gestão transversal a organização. Segundo a ISO, a Qualidade Total *“é o modo de gerir um organismo, que estabelece como objetivo a participação continuada e a cooperação de todos os membros, visando a melhoria da qualidade dos produtos e serviços, da qualidade das suas atividades e da qualidade dos seus objetivos, com o fim de alcançar a satisfação dos clientes, o lucro do organismo ao longo do tempo e o benefício de todos os seus membros, em concordância com os requisitos da sociedade”* (p.32).

A evolução deste conceito interage com a evolução das teorias de gestão, deixando a ênfase no produto ou serviço (*output*), abordado na teoria de Taylor, para uma gestão centrada nas pessoas, em que todos se orientam por objetivos ligados a processos, com grande enfoque na formação, satisfação, trabalho em equipa e melhoria contínua. Com este novo conceito de qualidade total, de uma forma abrangente, as empresas pretendem baixar custos, os serviços de saúde melhorar a eficiência dos serviços, mas essencialmente obter força de trabalho mais satisfeita e motivada, procurando o envolvimento e empenhamento total dos profissionais, ou seja, melhorar a área das “pessoas”. Esta mudança terá resultados no terreno, se as crenças mudarem (Fishbein citado por Pessoa, 2005).

Outros autores concordam com estas estratégias de mudança, referindo que a mudança só pode ser concretizada se for demonstrada que é do próprio interesse da pessoa, podendo ser conseguida pela persuasão racional, mas que o seu sucesso só será conseguido se as pessoas que estão fortemente agarradas às normas sociais e culturais mudarem através da educação, da formação, da persuasão e de uma certa coação (Dale e Cooper, 1995).

A definição de qualidade defendida por Rocha (2011) reforça a ideia que esta tem que ir ao encontro das expectativas do cliente ou consumidor, defende que a qualidade é o que o consumidor quer com um preço que este considere adequado ao serviço prestado.

Atualmente constata-se a qualidade numa mudança de paradigma, que evoluiu para a perspetiva da satisfação das necessidades dos clientes, numa melhoria contínua, com objetivo de obter melhores resultados, com a envolvimento de todos as pessoas. Existe uma filosofia essencial da gestão da qualidade, que segundo Pires (2012), “ *a qualidade inicia-se pela identificação das necessidades dos clientes (interface da empresa com o mercado), seguindo-lhe, o que podemos chamar de expressão funcional da necessidade (o que o produto/serviço deve fazer); (...) A qualidade não está apenas, nem fundamentalmente na produção/prestação de serviço, mas cada vez mais na interface da organização com os seus clientes.*” (p.43).

Foram vários os autores que se dedicaram à qualidade, chamados “gurus da qualidade”, que deram contributos significativos à sua evolução, apenas iremos referir alguns.

Em 1979, Joseph Juran apresenta uma tripologia, onde salienta que o objetivo da gestão é o de alcançar um melhor desempenho para a organização e não o de manter o nível atual, nomeadamente melhorar a qualidade, planeamento da qualidade e controlo da qualidade.

No mesmo ano, Philip B. Crosby define vários factos chaves para a gestão da qualidade, entre eles, que qualidade significa conformidade e não elegância e que a qualidade não tem custos. Defende que a qualidade é a conformidade com os requisitos, fazer bem à primeira.

Edward Deming, em 1986, desenvolveu o ciclo PDCA (Plan, Do, Check e Act), também conhecido por ciclo de Deming, cuja abordagem inclui a medição estatística da qualidade, devendo ser encarada sob ponto de vista sistémico, em que a qualidade é da responsabilidade de todos.

Em 1992, Claus Moller, refere que altos níveis de qualidade pessoal contribuem para altos níveis da qualidade nos departamentos, que por sua vez criam produtos e serviços de qualidade superior, reforça que uma empresa de qualidade possuiu um clima agradável e clientes satisfeitos, que se traduzem em melhores resultados financeiros e um ambiente com maior sucesso. Este por sua vez cria um sentido geral de bem-estar e encoraja o desenvolvimento de um ambiente criativo, de um espírito de equipa e de um nível mais elevado de qualidade pessoal.

A gestão de qualidade envolve as atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização, no que respeita à qualidade, incluindo as políticas da qualidade e dos objetivos, planeamento, controlo, garantia e a melhoria da qualidade (NP EN ISO 9000).

Quando se fala em qualidade na Administração Pública, é importante ressaltar que melhorar a qualidade na perspetiva dos cidadãos, nem sempre implica satisfação das organizações governamentais, ou seja, é importante construir a confiança nas organizações com processos transparentes, *accountability* (prestação de contas) e diálogo democrático. Foram criados alguns modelos de qualidade para o setor público, entre eles o modelo de auto-avaliação European Foundation for Quality Management (EFQM), em que a centralidade está na satisfação dos cidadãos, sendo fulcral que além dos dirigentes os funcionários públicos se empenhem na organização através

do seu desenvolvimento de competências, motivação e empowerment (.....), na procura da excelência, adotando as boas práticas e a inovação(Carapeto e Fonseca, 2006).

Para a normalização das boas práticas de gestão da qualidade, surgiram as normas de organização internacional (ISO), tendo sido organizadas e classificadas num sistema de gestão da qualidade disponível, a todas as organizações. A ISO 9000 apresenta as normas base de garantia da qualidade, garantindo que a empresa certificada, respeita os requisitos da qualidade, de forma a fornecer produtos ou serviços em conformidade. A sua evolução gerou outras normas revistas, mais complexas e abrangentes. (Dale e Cooper, 1995;Christo, 1995; Carapeto e Fonseca, 2006).

Também Christo (1995), se referia a sistemas de garantia da qualidade, cujo objetivo é a satisfação das necessidades do cliente e cumprimento das técnicas de forma segura, respeitando a legislação vigente.

A qualidade é também a percepção que dela se tem, e as percepções constroem-se por transmissão, sendo fundamental a divulgação de resultados e sucessos para se conseguir evidenciar as mudanças que ocorrem. A qualidade na saúde, não deve estar dissociada da qualidade em geral, exigindo uma visão integrada dos cuidados de saúde no seu contexto social. A qualidade em saúde é uma construção colectiva que resulta da competência individual de cada um (Leprohon, 2001) citado por Pereira (2009).

O conceito de qualidade em saúde evoluiu ao longo dos tempos. As avaliações da qualidade têm que se centrar no cliente ou utilizador, ter origem na prática clínica e ser baseada em investigação significativa, sendo essencial uma abordagem sistemática (Gomes, 2004). Na qualidade em saúde, Donabedian (2003), realizou vários artigos, salienta que a interação entre dois fatores, contribuiu para a evolução da qualidade em saúde, nomeadamente a ciência e tecnologia dos cuidados e saúde e a aplicação desse conhecimento na prática.

O mesmo autor refere que os componentes da qualidade em saúde são: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a adequação, a otimização, legitimidade e equidade.

A eficácia é a capacidade técnico-científica dos cuidados, refere-se a *standards* de qualidade que permitem fazer comparações. Como efetividade entende-se a relação entre resultados obtidos e os que os *standards* apontam com base na evidência científica .

A eficiência significa reduzir custos sem diminuir efetividade, pode ser clínica, quando depende de aspectos como o julgamento clínico, conhecimentos e competências; produtiva, quando os procedimentos são aperfeiçoados pelo treino e pode ser distributiva, quando a dá assistência a quem mais precisa.

A adequação é a conformidade com desejos, valores e expetativas associada a conceitos de acessibilidade, pertinência, relação profissional /cliente, ambientes agradáveis e preferências pessoais, sendo que a otimização é uma reestruturação com o objetivo de obter o maior rendimento

possível, ou seja, numa relação de custo/benefício, os menores gastos traduzem-se em melhores resultados.

A legitimidade é a conformidade com princípios éticos, valores, normas ou leis, sendo a equidade a conformidade com os princípios da justiça na distribuição dos cuidados de saúde e benefícios.

Na perspectiva de Donabedian (2003) e Pereira (2009), os elementos que constituem os processos de desenvolvimento e melhoria da qualidade em saúde, podem ser usados como um guia orientador para a qualidade. Reforçam a importância de melhoria da qualidade em saúde, em que não é suficiente a existência da qualidade, mas conhecer como garantir a qualidade desejada, que esta deve ser entendida globalmente e de forma sistémica. Estes e vários autores consideram a tríade estrutura/processos/resultados, com as suas inter-relações e co-influências, componentes basilares na abordagem dos processos dinâmicos de gestão e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, essenciais à correta adequação da oferta dos serviços às necessidades dos clientes. Podem ser utilizados separadamente, mas a combinação das três componentes traduz uma avaliação da qualidade de saúde mais completa. De uma forma global, pode-se dizer que a estrutura é caracterizada por aspetos, como as instalações, equipamentos, profissionais e os recursos, o processo como um conjunto de atividades que os profissionais realizam para os clientes, diagnóstico, terapêutica e ações preventivas, e por fim os resultados referem-se a níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos clientes.

Atualmente, os clientes têm um grau de exigência cada vez mais elevado, sendo dotado de um maior nível de conhecimento, maior acessibilidade à informação, no entanto, a perceção de qualidade é diferente de pessoa para pessoa. A OMS refere que na qualidade de cuidados em saúde, procura-se um alto nível de exigência profissional, com o uso eficiente de recursos, com o menor risco para os clientes, num resultado demais direcionado na saúde. O conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, o que o cliente deseja ou espera dos enfermeiros, nem sempre corresponde ao que os profissionais de saúde percebem. De salientar, que na qualidade em saúde a satisfação do cliente é o “centro” da qualidade, pelo que é importante que no planeamento dos cuidados de enfermagem, esta seja tida em consideração, fomentando a interação do cliente no seu processo de cuidar obtendo-se ganhos em saúde.

Em Portugal, na mesma vertente de crescimento Europeu, existem vários organismos nacionais que dinamizam o desenvolvimento da qualidade, entre elas o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), que com outros organismos internacionais, Projeto de Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr), o *International Health Quality Indicator Project*, entre outros. Foram desenvolvidos outros projetos na área dos cuidados de enfermagem,

nomeadamente o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH) (Pereira, 2009).

Os hospitais são instituições muito complexas, sendo um dos grandes imperativos nacionais, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde, no sentido de identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos cidadãos utilizadores e dos profissionais de saúde (Barbosa, 2011).

Num sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros a tónica está direccionada para os resultados ou *outcomes*. Segundo Foster (2001) citado por Pereira(2009), “ *é imperioso assumir que a responsabilidade por monitorizar os resultados de enfermagem está não só na enfermagem, mas nos enfermeiros- investigadores, professores e administradores, com certeza, mas também, talvez especialmente, naqueles que prestam cuidados diretos*”(p.68).

A qualidade da prestação de serviços de saúde em Portugal é uma preocupação contemporânea da Direção Geral de Saúde e, como tal, foi consagrada no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2011/2016. Este veio constituir uma estratégia de grande prioridade no país no que concerne à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Constitui um elemento fundamental das políticas de saúde e, elabora o rumo estratégico para o planeamento, intervenção e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. A estratégia de saúde tem como foco, a acessibilidade, a contratualização, sistemas de qualidade, gestão e ganhos em saúde. Ao refletir sobre o PNS, pode-se constatar que maximiza os ganhos em saúde através do alinhamento e integração dos esforços sustentados de todos os setores, com foco no cidadão como centro dos cuidados e acesso a políticas de saúde na melhoria contínua da qualidade.

O cidadão tem expectativas elevadas no que concerne aos cuidados de saúde e procura nas várias organizações um desempenho de excelência para dar resposta ao seu problema de saúde e interage com ela com base na sua tomada de decisão/ participação nos cuidados. O cidadão é cada vez mais interativo na gestão da própria saúde na área de prevenção, procurando conhecimento para implementar os cuidados, que necessitam, procuram modificar os comportamentos de risco e procuram apoio nos cuidadores e na comunidade que os rodeia (ex: linha SOS, saúde 24,...). Estas potencialidades estão bem descritas no PNS (2011-2016), onde este focaliza o investimento na satisfação do cliente, boas práticas de *empowerment* e na gestão de risco da segurança do cliente.

No que concerne às fragilidades para o desenvolvimento da qualidade em saúde, temos os fatores socioeconómicos (educação, rendimento, emprego, habitação...), que com o aumento da esperança de vida, comportamentos de risco, fatores ambientais, população mais idosa, e com maior intervenção dos cuidados médicos, torna o cidadão mais dependente dos cuidados, com doença crónica. O aumento das expectativas do cidadão em relação à medicina, aumenta a prevalência das

doenças crónicas, maior hospitalização e morte., como tal, o PNS refere como medida interventiva consistente, o correto planeamento dos recursos humanos por parte dos gestores das unidades de saúde, ressaltando a importância do trabalho de equipa, a envolvimento de todos os profissionais de saúde na gestão por objetivos, sendo uma potencialidade para desenvolvimento da qualidade em saúde.

Segundo o PNS todas as instituições de saúde devem preparar-se de forma gradual para as mudanças culturais da organização no âmbito das orientações emanadas neste plano (até 2016), com vista à obtenção de excelência no cuidar do cliente, promovendo o desenvolvimento da qualidade de saúde. É um plano ambicioso, com orientações muito precisas e concretas para a gestão de risco e segurança do cliente, diminuindo a probabilidade de ocorrência do erro e diversos efeitos adversos, reduzindo de imediato os custos despendidos na resolução das complicações (infecções intra-hospitalares, erros cirúrgicos, erros de medicação,...).

Com a Estratégia Nacional de melhoria da qualidade dos cuidados, existem em várias instituições uma comissão de qualidade para desenvolver a melhoria contínua da qualidade, com monitorização dos sistemas de melhoria da qualidade e com oportunidades de melhoria. Esta é uma das potencialidades constatadas, sendo que as reclamações dos clientes são tratadas como oportunidade de melhoria, nestas comissões. Uma das fragilidades da atualidade, refere-se à não existência de um levantamento atual da distribuição e atividade das estruturas das comissões da qualidade, com a monitorização de indicadores de qualidade nos serviços e de um plano estruturado das necessidades em recursos humanos e técnicos, para o desenvolvimento das intervenções, baseada na missão e visão da instituição.

De acordo com a Estratégia Nacional para Qualidade de Saúde (Despacho nº 14223 de Junho 2009), estão em desenvolvimento vários projetos de intervenção na qualidade de saúde, no entanto, não existe cultura de avaliação do impacto da avaliação da qualidade, nem de melhoria contínua, o que torna este sistema permissivo e com fragilidades. É necessário desenvolver estratégias de controlo dos *“dinheiros públicos”*, para que estes traduzam cuidados de saúde de qualidade, criando alinhamento de políticas de saúde globais, melhorando estratégias de risco, políticas de transporte, de gestão de resíduos, entre outros, que gerem potencialidades no desenvolvimento da qualidade de saúde.

Espera-se com este PNS, uma oportunidade para fomentar o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, com otimização de recursos humanos, materiais e financeiros de forma eficiente e eficaz, garantindo a acessibilidade ao cliente no centro dos cuidados de saúde de excelência. Algumas das metas nacionais previstas, constituem: promover cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do SNS; promover melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamento; promover melhores práticas a nível política de recursos humanos, utilizar as TIC como

suporte e instrumento de melhoria dos cuidados, elaborar e implementar normas de orientação clínica; promover a segurança e estratégia de gestão de risco; promoção de uma resposta integrada aos doentes crónicos e promover acreditação nas unidades de saúde, entre outras.

A implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, implica necessariamente utilizar os sistemas e ciclos de qualidade na enfermagem, clarificando os conceitos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Os padrões de qualidade são o alicerce para a qualidade do exercício profissional, que se traduzem em ganhos em saúde e visibilidade dos enfermeiros.

2.1 Padrões de Qualidade

A missão de uma organização deve explicitar a sua postura social, ou seja, o contributo que pretende dar à sociedade através da sua atuação. Neste pressuposto a definição dos padrões de qualidade de cada grupo profissional que integra a organização, torna-se condição obrigatória para a definição das orientações estratégicas. A criação de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configurou um elevado desafio para a OE, quer pela reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros, quer pela melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que se traduz em ganhos em saúde para os cidadãos.

A enfermagem enquanto profissão deve garantir a qualidade de serviço prestado, tendo o compromisso de promover desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Os padrões de qualidade surgem com o objetivo de uniformizar as práticas dos cuidados, protegendo as pessoas e dignificando a profissão. Para atingir excelência dos cuidados de enfermagem, os padrões devem ser passíveis de ser medidos, avaliados para se transformarem em ganhos de saúde (OE, 2010).

De salientar que os padrões de qualidade são um instrumento para a melhoria contínua da qualidade, em que é de consenso que a necessidade de implementar Sistemas de Qualidade em Saúde é apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e Instituto da Qualidade em Saúde (Padrões Qualidade, 2002). No Estatuto da OE, no seu art. 3º, esta tem como desígnio fundamental a promoção da defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, a promoção do desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro assegurar a observância das regras de ética e deontologia profissional (Estatuto OE).

Compete ao Conselho de Enfermagem a definição de Padrões de Qualidade de enfermagem, cujo alicerce são os enunciados descritivos, (Estatuto OE, na alínea b) do nº 1 do art.30) e às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos

Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente (Estatuto OE, na alínea c) do nº 2 do art.30 e na alínea b) do nº 2 do art.37).

Em dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento concetual e seis enunciados descritivos, estabelecendo uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão (OE, 2001).

Os enfermeiros vislumbram este documento, como um referencial à luz do qual se envolvem num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional. O enfermeiro gestor nas suas competências tem como meta a qualidade da saúde dos doentes e do exercício profissional dos enfermeiros nos serviços de saúde, comprometendo-se a criar ambientes favoráveis, à reflexão, responsabilizando-se pela implementação e manutenção dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população

A definição dos Padrões de Qualidade foi baseada em alguns pressupostos, nomeadamente na análise do trabalho anterior já realizado pelos enfermeiros em Portugal neste domínio (DRHS com Associações Profissionais –1995), na análise de experiências internacionais - (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Quebec, American Nurses Assotiation, Royal College of Nursing , 2005)e no enquadramento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros na qualidade em saúde. Segundo a OE (2002), o enquadramento concetual dos padrões de qualidade, está assente em quatro conceitos, nomeadamente: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. É neste contexto que se constrói a base de trabalho para o exercício profissional de todos os enfermeiros, onde se enquadram os enfermeiros gestores.

A saúdeé definida pela OE, como um processo dinâmico e contínuo, tratando-se de uma representação mental, de um estado subjetivo, em que cada pessoa deseja atingir um estado de equilíbrio, que se traduz no controlo do sofrimento, no bem estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

O conceito de pessoa, é definido como um ser social, único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, um agente intencional que interage com o ambiente modificando-o e sofrendo influência dele em todo o seu processo de procura de equilíbrio e harmonia.

O ambiente que influencia e modifica a pessoa, refere-se ao meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, nomeadamente *“elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”*(OE, 2002, p.7). Razão pela qual atualmente, exige maior transparência na informação e na sua participação nos cuidados, realçando o PNS este aspeto como sendo prioritário e uma potencialidade do mesmo.

No que concerne aos cuidados de enfermagem, estes estão centrados na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidades), que possuem valores, crenças e desejos da natureza individual, que resultam das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. A relação terapêutica estabelecida, visa prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, ajudando o cliente a ser proativo no seu projeto de saúde com o envolvimento das pessoas significativas (família, convivente significativo).

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes)-por exemplo, as prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Em relação às primeiras, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação, no que concerne às intervenções autónomas, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção. Assim, uma tomada de decisão assertiva e responsável é fulcral pois implica uma abordagem sistémica e sistemática, incorporando na fase de implementação das intervenções os resultados da investigação da sua prática. Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-os os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Em síntese, pode afirmar-se que estes conceitos ainda se encontram ajustados à realidade atual, com uma visão holística dos cuidados de enfermagem, sendo o papel do enfermeiro incontestável como agente independente e interdependente nos cuidados de saúde. A elaboração de *guidelines* orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem, baseadas na evidência científica, traduz uma base estrutural fundamental para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e consequentemente a excelência no cuidar.

Nos padrões de qualidade, os enunciados descritivos visam de uma forma geral, explicitar a natureza da enfermagem e traduzir o mandato social da profissão. Dos enunciados descritivos emergem seis categorias, nomeadamente: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem estar e ao autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Neste estudo, sobre gestão em enfermagem e a formação em serviço: as tecnologias de informação e padrões de qualidade, o levantamento das necessidades de formação em serviço foram baseadas nas seis categorias referenciadas anteriormente, que a OE definiu, nomeadamente: a

satisfação dos clientes; a promoção da saúde ; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional ea organização dos cuidados de enfermagem.

Este estudo estando direcionado para os enfermeiros gestores, salienta-se o último padrão de qualidade, organização dos cuidados de enfermagem, *“Na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, em que se reforça a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados, promotoras da qualidade.” (OE, 2002, p.15).*

A criação destes enunciados descritivos da qualidade do exercício dos enfermeiros, a partir os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, traduz-se num contributo específico para o exercício profissional dos enfermeiros, numa garantia de melhoria contínua da qualidade e procura permanente da sua excelência.

Como refere no padrão de qualidade- organização dos cuidados de enfermagem, deve existir uma política de formação contínua dos enfermeiros, que permita e seja facilitadora do desenvolvimento profissional e da qualidade. O enfermeiro gestor, através da formação em serviço pode concretizar esta política em cada local de exercício, com as suas realidades concretas, introduzindo a discussão destas temáticas e a elaboração de indicadores de estrutura, de processo e de resultado, permitindo a avaliação do processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da sua monitorização, revisão e melhoria contínua.

O desenvolvimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é um processo contínuo, sendo que em 2005, a OE, no projeto “Padrões de Qualidade dos Cuidados e sistemas de informação de enfermagem: instrumentos para a melhoria contínua da qualidade”, reforça a importância da sua implementação nas várias instituições de saúde, citando, *“promover e implementar programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem revela-se para a Ordem dos Enfermeiros, como Associação Profissional da área da saúde, uma ação prioritária”,* pretende-se com este projeto contribuir para a garantia das melhores respostas de cuidados aos cidadãos que deles necessitam e, por outro, garantir que se concretize a meta da excelência dos serviços e dos cuidados prestados nas diversas instituições ligadas ao setor da saúde. Neste projeto, a OE salienta a importância da intervenção dos enfermeiros da área de gestão

(Diretores, Supervisores e Chefes), *“como fator estratégico e determinante no desenvolvimento organizacional e operacional na concretização do que às instituições de saúde compete nas vertentes da adequação dos recursos e da criação das estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade pela continuação da promoção de práticas de cuidados de enfermagem que estejam em consonância com o quadro de referência que as suportam”* (p.2).

O enfermeiro gestor e o responsável pela formação em serviço, através da formação em serviço, têm um papel preponderante na implementação e desenvolvimento dos padrões de qualidade na sua unidade de cuidados. Atualmente, ainda se verifica dificuldade na concretização deste projeto ambicioso, para tal, o compromisso de todos os enfermeiros e das organizações é fulcral, pois só a centralidade de esforços poderá fornecer aos cidadãos como parte integrante, a excelência dos cuidados de enfermagem.

No relatório da avaliação global do projeto (2007), constatou-se que estão envolvidos no projecto 7058 enfermeiros, o que corresponde a 59,6% do total de enfermeiros que exercem funções nestas instituições. Realça-se o envolvimento de 500 enfermeiros-chefes e 43 enfermeiros-supervisores, o que corresponde a, respectivamente, 76,0% e 81,1% do total de enfermeiros destas categorias profissionais. De salientar que na maioria das instituições (78,0%), estão envolvidos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, totalizando 409, o que corresponde a 79,7% do total de enfermeiros responsáveis pela formação em serviço nestas instituições.

Em 2012, a OE divulga no Inquérito do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE), o desenvolvimento dos enfermeiros e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais aos cidadãos. As exigências crescentes dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde, permeia um aumento do nível de conhecimentos e a utilização da informação baseada na evidência pelos enfermeiros, constituindo os padrões de qualidade um alicerce para o exercício profissional de enfermagem de excelência.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após a reflexão sobre os conceitos e modelos específicos que suportam este estudo, passamos a apresentar o processo metodológico que orientou o trabalho de campo.

Neste capítulo será descrito o enquadramento metodológico, nomeadamente o percurso de investigação, desde a escolha do desenho de investigação, à definição da população e amostra, a elaboração de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita de dados, bem como as questões éticas que decorreram de todo o processo.

O desenho do estudo foi elaborado, no sentido de obter uma melhor visualização do percurso da investigação e dar respostas à questão de investigação levantada, “será que os enfermeiros gestores percebem necessidades de formação sobre os padrões de qualidade e têm condições para utilizar as tecnologias de informação e comunicação como recurso para a formação em serviço?

Segundo Fortin (1999), *“para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objetivo controlar os potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo”* (p.132).

Procura-se com este estudo conhecer a percepção dos enfermeiros gestores sobre as necessidades de formação sobre os padrões de qualidade e se apresentam condições para utilizar as tecnologias de informação e comunicação como recurso para a formação em serviço.

3. TRABALHO DE CAMPO

No processo de investigação científica, a experiência pessoal, pode constituir uma fonte de conhecimento no exercício profissional, principalmente em situações onde é necessário intervir junto de outras pessoas. Para que os conhecimentos empíricos sejam transmissíveis, é necessário validar a sua ação, através da investigação (Fortin, 2009).

O presente estudo encontra-se inserido no projeto de desenvolvimento da Escola Superior de Enfermagem do Porto: *"Tecnologias da Informação no Ensino à Distância na Formação Organizacional - Gestão e Processos de Formação"*.

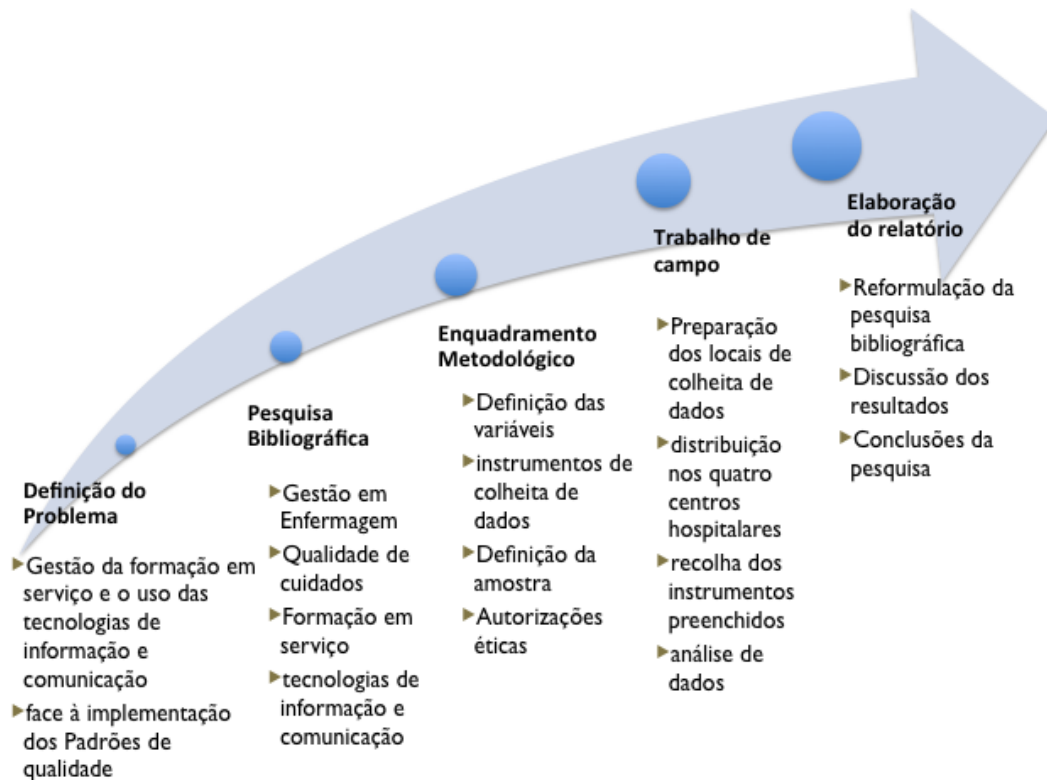
Este estudo insere-se no paradigma quantitativo, considerando que é um *"conjunto de crenças, de valores que são partilhados pelos membros de um comunidade científica e que leva a uma maneira de encarar a realidade"* (Fortin, 2009, p.577), em que salienta que para *"melhor conhecer o fenómeno é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar a relação entre eles"* (Fortin, 2009, p.29).

Face ao que planeamos, também o poderemos considerar de carácter exploratório descritivo porque pretende conhecer a perceção dos enfermeiros gestores sobre as necessidades de formação em torno dos padrões de qualidade e o domínio tecnológico para as suas atividades.

A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista, tendo este origem nas ciências físicas, faz apelo a explicações, predições, em que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social. Existe uma previsibilidade nos fenómenos humanos que também são controláveis (Burns e Grove, 2001; Fortin, 2009). Tendo por base este conjunto de noções, e atendendo às especificações do estudo, procuramos definir as variáveis de forma operacional, recolhendo metodicamente os dados e efetuando uma análise com apoio de técnicas estatísticas.

Para melhor compreensão do processo de pesquisa apresentamos o diagrama do estudo.

DIAGRAMA 1 Desenho do estudo



O desenho do estudo pretende demonstrar o processo desenvolvido para conseguir atingir os seguintes objetivos:

- Identificar a perceção dos enfermeiros gestores, relativamente à utilização das novas tecnologias de informação e comunicação na formação em serviço;
- Identificar o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores;
- Compreender a perspectiva dos enfermeiros gestores, em relação às necessidades de formação em serviço a partir dos Padrões da Qualidade;
- Analisar o perfil dos gestores em enfermagem face às atividades de gestão particularmente da formação.

Todo o processo de pensamento e opções foram planeados e seguidos de acordo com as particularidades que de seguida descrevemos.

3.1 Questões de investigação

Num cenário da economia e da sociedade atual, é imperativo que a formação em serviço nas instituições de saúde, seja revista e objeto de mudança estrutural e cultural, de forma a permitir maior acessibilidade dos profissionais à aprendizagem de saberes, garantindo assim uma tomada de decisão mais assertiva, e consequentemente maior efetividade na melhoria nos cuidados. Desta ideia inicial, e após várias leituras e reflexão, considera-se que ainda estamos muito aquém da resolução de uma problemática real e cada vez mais pertinente, pelo impacto económico que pode resultar.

Optou-se por delimitar o estudo aos enfermeiros gestores, por considerar que estes têm um papel primordial e de grande impacto no reajuste do profissional ao seu local de trabalho. Este deve ser sustentado na qualidade de cuidados idealizada para o serviço, bem como no recurso a tecnologias de informação e comunicação (TIC) quer na gestão corrente quer na formação em serviço.

Considerando estes aspetos, e dando continuidade à pergunta de partida, foram levantadas várias questões de investigação, procurando clarificar de uma forma precisa o caminho a percorrer, permitindo o desenvolvimento deste estudo, nomeadamente:

- ✓ Quais as características sociodemográficas dos enfermeiros gestores?
- ✓ Qual o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores?
- ✓ Quais as atividades dos enfermeiros gestores mais frequentes?
- ✓ Quais as necessidades de formação mais evidenciadas em relação com os Padrões de Qualidade?
- ✓ Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil sócio demográfico?
- ✓ Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e os padrões de qualidade?
- ✓ Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e as suas atividades de gestão?
- ✓ Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil tecnológico?

A questão de investigação segundo Fortin (1999, p. 101) *“é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.”* As variáveis tornam-se mais precisas assim como as relações entre elas com a elaboração das questões de investigação, que fazem sentido neste estudo exploratório e descritivo.

As questões de investigação são relevantes para dar continuidade ao percurso do estudo, constituem uma interrogação precisa, onde inclui os conceitos em estudo, devendo ser escritas no

presente. A descrição dos conceitos nos estudos descritivos, exploratórios indicam de uma forma clara a direção a tomar (Fortin, 2009).

Na sequência da definição das perguntas de investigação, é fulcral a reflexão das variáveis que se pretende estudar e que serão desenvolvidas no capítulo seguinte.

3.2 Variáveis em estudo

As variáveis são consideradas no seu âmbito geral as características ou qualidades que o investigador estuda. Segundo Fortin (1999), as variáveis são, “ *qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação, uma variável pode tomar diferentes valores (...) é um parâmetro ao qual os valores numéricos são atribuídos*” (p.36).

Uns anos mais tarde Fortin (2009) reforça que, “ *as variáveis formam a substância das questões..., que devem ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou concetual (...)*”(p.53).

Por sua vez, Polit (2004), refere que a variável pode assumir diferentes valores, podendo ser qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação e que podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo.

Neste estudo que propomo-nos explorar as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas;
- Padrões de Qualidade;
- Atuação do Enfermeiro Gestor;
- Perfil Tecnológico;
- Utilidade das TICs na formação em serviço.

Para compreender os conceitos que suportam este conjunto de variáveis, procedeu-se à sua codificação, de forma a decompô-las, tornando-as mais objetivas e mais simples a partir de categorias, dimensões e indicadores de medida, conforme apresentamos nos quadros seguintes:

QUADROS 1: Variáveis sociodemográficas

Categorias	Dimensão	Indicador
Sexo	Masculino, Feminino	Sim/Não
Idade		Anos completos
Exercício profissional	Profissional	Anos completos
	Exercício no serviço atual	
	Exercício na área de gestão	
	Especialidade	Sim/Não
Graus Académicos	Pós Graduação, Mestrado, outros	Sim/Não

A introdução de variáveis sociodemográficas no estudo, são fundamentais para traçar o perfil das pessoas da amostra deste estudo pelo que associamos a este conceito o sexo, idade, exercício profissional, habilitações literárias, especialização graus académicos.

QUADROS 2: Variável padrões de qualidade

Categorias	Dimensão	Indicador
Satisfação do Cliente	Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam.	1 a 4
	Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	1 a 4
	Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.	1 a 4
Promoção da Saúde	Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	1 a 4
	Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	1 a 4
	Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	1 a 4
A Prevenção de Complicações	Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	1 a 4
	Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	1 a 4
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.	1 a 4
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.	1 a 4
	Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	1 a 4
O Bem-estar e o autocuidado	Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.	1 a 4
	Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1 a 4
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	1 a 4
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam	1 a 4
Readaptação Funcional	Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	1 a 4
	Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.	1 a 4
	Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.	1 a 4
	Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	1 a 4
Organização dos cuidados de enfermagem	Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.	1 a 4
	Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	1 a 4

Quando se abordou a variável padrões de qualidade, procurou-se compreender a perspetiva dos enfermeiros gestores em relação às necessidades de formação em serviço, a partir dos padrões de qualidade, definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Ao operacionalizar esta variável, procura-se encontrar a importância dada pelos enfermeiros gestores a cada padrão de qualidade.

QUADROS 3: Variável atividades do enfermeiro gestor

Categorias	Dimensão	Indicador
Prática Profissional, ética e legal	Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes.	1 a 4
	Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	1 a 4
	Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	1 a 4
	Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	1 a 4
Gestão de Cuidados	Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	1 a 4
	Promove a tomada de decisão clínica.	1 a 4
	Acompanha a execução de cuidados de forma planeada.	1 a 4
	Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados.	1 a 4
	Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço.	1 a 4
	Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.	1 a 4
	Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.	1 a 4
	Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas.	1 a 4
	Orienta cuidados de maior complexidade.	1 a 4
	Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.	1 a 4
	Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.	1 a 4
	Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.	1 a 4
	Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.	1 a 4
	Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.	1 a 4
Gestão de Recursos Humanos	Promove reuniões com os enfermeiros.	1 a 4
	Assiste à passagem de turno.	1 a 4
	Avalia o desempenho dos enfermeiros.	1 a 4
	Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência.	1 a 4
	Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	1 a 4
	Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.	1 a 4
	Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos.	1 a 4
	Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes.	1 a 4
	Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).	1 a 4
	Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores.	1 a 4
	Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio.	1 a 4
	Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	1 a 4
	Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores.	1 a 4
	Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa.	1 a 4
Intervenção Política e Assessoria	Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital.	1 a 4
	Participa no planeamento estratégico do serviço.	1 a 4
	Elabora relatórios de serviço.	1 a 4
	Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.	1 a 4
	Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.	1 a 4
Desenvolvimento Profissional	Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.	1 a 4
	Promove a enfermagem baseada na evidência.	1 a 4
	Promove a formação formal e informal da equipa.	1 a 4
	Estimula os enfermeiros à autoformação	1 a 4
	Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	1 a 4

As categorias foram baseadas no referencial das competências dos enfermeiros gestores da APEGEL, nomeadamente nos 4 eixos de intervenção: prática profissional, ética e legal; gestão de cuidados e serviços; intervenção política e assessoria e desenvolvimento profissional.

Os indicadores de medida de 1 a 4, referem-se a uma escala que vai desde o nunca (1), poucas vezes (2), às vezes (3) e sempre (4).

Em relação à variável atividades do enfermeiro gestor, ao ser operacionalizada permite analisar o perfil dos enfermeiros gestores no que se refere às suas atividades de gestão na sua globalidade, sendo que no desenvolvimento do estudo vamos procurar compreender com mais profundidade a relação da promoção da formação formal e informal da equipa do serviço.

Acresce ainda dizer que a dimensão promove a formação formal e informal da equipa vai ser utilizada como central para a compreensão do fenómeno em estudo.

QUADRO4: Variável perfil tecnológico

Categorias	Dimensão	Indicador
Utilização de meios tecnológicos	Computador/cd-Row- DVD/Web/email/Chat/Grupos de Discussão/ Videoconferência/outro.	Sim/Não
Conhecimento dos meios tecnológicos		Sim/Não
Utilização de meios tecnológicos para o ensino		Sim/Não
A formação presencial e as tecnologias		Sim/Não
Formação sobre as tecnologias		Sim/Não

Ao delimitar a variável perfil tecnológico do enfermeiro gestor, procurou-se conhecer o domínio da utilização dado pelo enfermeiro gestor às TIC. Foram selecionadas como dimensões, os meios tecnológicos mais comuns nas áreas de intervenção na gestão em enfermagem. São diversos os meios tecnológicos existentes, no entanto, no sentido de evitar o enviesamento da pesquisa, e dar maior ênfase ao estudo na formação em serviço colocou-se os infracitados.

QUADRO5: Variável tecnologias de informação e comunicação

Categorias	Dimensão	Indicador
Utilização do <i>e-learning</i> em contexto de formação	Formação tecnológica dos enfermeiros gestores	1 a 5
	Formação tecnológica dos enfermeiros	1 a 5
	Envolvimento dos enfermeiros no processo de conceção dos conteúdos da formação	1 a 5
	Envolvimento dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem	1 a 5
	Apoio pedagógico no processo de adoção do <i>e-learning</i>	1 a 5
Implementação do <i>e-learning</i> na formação em serviço	A inovação proporcionada pela utilização do <i>e-learning</i> deve resultar numa rutura e/ou mudança profunda do paradigma da formação	1 a 5
	A adoção do <i>e-learning</i> deve começar por ser implementada em grupos restritos, como projetos-piloto	1 a 5
	A adoção do <i>e-learning</i> deve começar por ser uma decisão tomada pelas <i>lideranças</i> de topo da organização	1 a 5
	As decisões estratégicas da organização sobre a utilização do <i>e-learning</i> deveriam ser essencialmente decisões negociadas e partilhadas com os enfermeiros gestores	1 a 5
	Os enfermeiros gestores devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do <i>e-learning</i> na formação	1 a 5

Categorias	Dimensão	Indicador
	Os enfermeiros devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do <i>e-learning</i> na formação	1 a 5
Utilidade do <i>e-learning</i> para atividade de gestão	Organização do processo de gestão de cuidados	1 a 5
	Comunicação e colaboração entre a equipa de cuidados	1 a 5
	Avaliação do processo de cuidados	1 a 5
	Melhoria da qualidade do processo de gestão	1 a 5
	Suporte à formação em serviço	1 a 5
	Dinamização de momentos de formação	1 a 5
	Participação dos enfermeiros na formação	1 a 5
	Avaliação de desempenho dos enfermeiros	1 a 5

A variável tecnologias de informação e comunicação (TIC) é utilizada para analisar a formação em serviço com recurso a *e-learning* em contexto de formação e implementação do *e-learning* na formação em serviço, bem como a sua utilidade para atividade de gestão.

Os indicadores de medida de 1 a 5, referem-se a uma escala que vai desde discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3), concordo totalmente (4) e sem opinião (5).

QUADRO6: Variável recursos das tecnologias de informação e comunicação na gestão

Categorias	Dimensão	Indicador
Recursos tecnológicos utilizados na gestão	Correio eletrónico/chat/	Sim/Não
Recursos tecnológicos utilizados na Instituição para a gestão	Grupos discussão/Vídeo-	Sim/Não
Recursos tecnológicos utilizados no exercício da gestão	conferência/Boletim Informativo/	Sim/Não
Utilidade dos recursos tecnológicos para o exercício das funções de gestão	Intranet/Wiki/Blog/Fórum/GHAF/SAPE	1 a 5
Facilidade de utilização dos recursos tecnológicos para o exercício das funções de gestão	/SONHO/SAM/EPIC/SINAI/ SISQUAL/AIDA/Outros	1 a 5

A variável recursos das tecnologias de informação e comunicação na gestão, pretende medir até que ponto os enfermeiros gestores utilizam estes recursos, se está disponível e a sua facilidade e utilidade no dia-a-dia.

Com base nesta operacionalização prevemos atingir os objetivos da presente pesquisa e compreender o comportamento das variáveis no campo onde efetuamos a colheita de dados.

3.3 Método e instrumento de colheita de dados

Neste subcapítulo será apresentado o instrumento de colheita de dados utilizado, que é um questionário de auto preenchimento dirigido aos enfermeiros gestores (enfermeiros chefes e responsáveis de serviço).

Segundo Amaro (2005), o questionário é um instrumento de investigação, que visa recolher informações, baseadas na inquisição de um grupo representativo da população em estudo, em que

se colocam questões de interesse para o investigador, cuja técnica de recolha de dados, tem uma exposição direta entre quem recolhe e fornece a informação, embora não existindo uma interação direta entre o investigador e os inquiridos.

A opção metodológica deve-se à facilidade em interrogar um elevado número de pessoas, num espaço curto de tempo e com dispersão geográfica. Este instrumento compreende um conjunto de questões, dirigidas por escrito aos enfermeiros gestores com objetivo de recolher informações sobre factos, opiniões, que expressam as dimensões das variáveis. Uma das grandes vantagens descritas dos questionários, é a sua possibilidade de atingir uma amostra significativa, mobilizando menos recursos, permite que os inquiridos respondam em momentos mais apropriados, garantindo o anonimato e reduzindo a possibilidade de influência.

O questionário utilizado foi estruturado de forma a garantir a maior facilidade de preenchimento por parte dos enfermeiros gestores, nomeadamente uma introdução que explicita os objetivos do estudo e dá instruções sobre o preenchimento, bem como um conjunto de siglas que são utilizadas no corpo do questionário.

Para assegurar a fidelidade linguística do questionário foi realizado um pré teste com cinco enfermeiros gestores que identificaram algumas expressões menos compreensíveis, como por exemplo na questão nº 6.1 que inicialmente se perguntava se já teve conhecimento da TIC para formação e se passou a formular a questão “ Já teve conhecimento dos seguintes meios para ensino”, logo o termo passou de formação para ensino. Também no grupo V foram feitos reajustes ao questionário inicial optando-se por expressar com mais precisão as orientações do preenchimento, realçando o X. para as respostas que traduziam a opinião da resposta. Neste pré teste também validamos o tempo de preenchimento que em média foi de 15 minutos.

O questionário foi elaborado com 35 questões, sendo organizado em cinco grupos, o grupo I composto por 8 questões, a identificação do serviço e as questões sociodemográficas (o género, idade, anos de exercício profissional, anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, área de especialidade e graus académicos). O grupo II, composto por 12 questões relacionadas com a atividade do enfermeiro gestor, no que concerne à sua percepção das necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa e das suas próprias necessidades, tendo como referência os padrões de qualidade. O grupo III, composto por 7 questões, no sentido de conhecer o perfil tecnológico do enfermeiro gestor, este foi questionado sobre o seu conhecimento e utilização dos meios tecnológicos mais frequentes, na prática diária, na sua instituição e a sua familiarização sobre os conceitos de ensino à distância. No grupo IV, foram realizadas 3 questões sobre a opinião dos enfermeiros gestores da utilidade das TIC na formação em serviço e finalmente o grupo V, composto por cinco questões relacionadas com as estratégias de gestão com recurso às TIC. Para melhor compreensão anexamos um questionário (Anexo I).

No questionário foram utilizadas 4 escalas, nomeadamente: Escala de percepção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados (Gonçalves, MN; Martins, MM), apresentando uma consistência interna de alfa global de 0,936; Escala de percepção do trabalho do gestor em enfermagem (Lumini, MJ; Martins, MM) com alfa global de 0,920; Escala de utilidade das TIC na formação em serviço (Lumini, MJ; Gonçalves, MN; Martins, MM) , com alfa global de 0,912 e foi construída uma escala de estratégias de gestão com recurso às TIC (Martins,MM; Rego, CI; Silva, S) com alfa global de 0,989

3.4 Procedimentos

A utilização das opções metodológicos e seleção dos instrumentos utilizados no terreno conferem uma grande complexidade dos estudos, induzindo o investigador a “ *a necessidade de descrever, com pormenor, os pontos de partida da pesquisa, os seus contornos, a pertinência das opções metodológicas, o seu próprio posicionamento no terreno e o saber produzido em contexto*” (Abreu, 2001,p.143), neste sub capítulo iremos descrever o processo desenvolvido no campo quer para a colheita de dados quer para garantir as questões éticas.

3.4.1 Procedimento de colheita de dados

Sendo o instrumento de colheita de dados selecionado, o questionário de auto preenchimento, a sua entrega e distribuição aos enfermeiros gestores foi realizada através dos órgãos de gestão de enfermagem de cada instituição.

Em cada abordagem foi explicado ao Diretor ou a quem ele delegou os objetivos e interesse do questionário e garantido o envio posterior dos dados especificos para cada instituição.

Neste contacto foi entregue um envelope com o número de questionários de acordo com o universo dessa instituição, que por sua vez estava individualizado num outro envelope que se destinou ao envio e recepção de cada participante.

Em cada instituição foi dado um tempo de aproximadamente um mês, para fazer a recolha dos questionários preenchidos. Após recolha de todos os questionários, estes foram codificados por ordem de chegada ao investigador e introduzidos na base de dados do SPSS, garantindo que nenhum dos participantes seja reconhecido pelo investigador ou outro leitor no relatório final da investigação.

O investigador não esteve diretamente em contacto com os participantes, contudo foi deixado o contacto para qualquer necessidade ou esclarecimento solicitado.

3.4.2 Procedimentos éticos

A pesquisa que envolve o ser humano, requer uma análise especial dos procedimentos a utilizar de modo a proteger os direitos dos sujeitos. Na investigação em enfermagem, embora raramente ocorram riscos para o investigador, a reflexão crítica deve ser uma constante cumprindo os desígnios do código deontológico, no que concerne ao respeito pelos valores humanos. Ao nível do investigador, a sua conduta deve ser orientada pelo reconhecimento explícito do valor absoluto da pessoa humana e do seu direito à livre autodeterminação.

Segundo Fortin (1999), *“Na perseguição da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”* (p.113).

No decurso do estudo procurou-se respeitar os princípios éticos, assumindo os compromissos com honestidade e veracidade, desde o início até ao final do estudo, independentemente das suas limitações e fragilidades. Como princípios éticos e direitos fundamentais são considerados: princípio da beneficência, esclarecendo e reforçando que deve ser realizado o bem à outra pessoa, e não o mal intencional; o princípio do respeito pela dignidade humana, referindo-se ao direito à autodeterminação e à informação fornecida, garantindo o respeito pelas pessoas de liberdade de decisão, após o devido esclarecimento da sua proteção de intimidade em todas as fases da investigação e o princípio de justiça, que garante o direito do inquirido a ser tratado com equidade e de forma justa, em todas as fases da realização do estudo.

De forma a garantir todos estes princípios éticos, antes da aplicação do questionário, foram entregues as respetivas autorizações dos autores da escala, da instituição e dos participantes. Solicitamos autorização formal da Escola (Anexo II) para as quatro instituições envolvidas neste estudo, que por questões éticas não são referidas, e após parecer favorável, deu-se início à colheita de dados, no CHA (Anexo III); CHB (Anexo IV); CHC (Anexo V); CHD (Anexo VI).

A quando da distribuição dos questionários também foi entregue a folha de consentimento (Anexo VII), que arquivamos e mantemos em nosso poder de forma individualizada e nunca associada ao questionário.

Estamos convictos de que ocorreu em todo o processo o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais como um princípio que envolve o direito das pessoas. Os participantes em estudo têm direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais. O consentimento livre é voluntário e

esclarecido, no sentido que é necessário que a pessoa possua a informação válida para poder fazer juízo das vantagens e dos intervenientes da sua participação (Fortin, 2009).

3.5 Universo e amostra em estudo

Neste subcapítulo, iremos apresentar a constituição da amostra em estudo, nomeadamente, as características gerais dos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço, sendo que o nosso universo será: enfermeiros gestores de quatro Centros Hospitalares da região Norte de Portugal.

Concordamos com Fortin (2009,p. 310), quando define a amostra em investigação como “ *um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhida de maneira a representar uma população inteira (...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo*”. Na mesma linha de pensamento, Polit e Hungler (1995), definem amostra como “*um subconjunto de entidades que compõem a população*” (p.144).

Estes dois autores, Fortin (2009) e Polit e Hungler (1995), referem que a população alvo é constituída por um conjunto de elementos com determinadas características que o investigador tem interesse, satisfazendo os critérios de seleção definidos anteriormente.

Como **critério de inclusão**, foi serem enfermeiros gestores (enfermeiros chefes /responsáveis de serviço) nas unidades que constituem a amostra e estarem ao serviço durante o período de colheita de dados.

A nossa amostragem é não probabilística intencional, procurando a maior representação no universo dos gestores da região em estudo. É considerado uma amostra não probabilística, “*um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra*” (Fortin, 1999, p.208). Esta ideia é partilhada por Huot (1999, p. 25), que refere que “*as amostras não probabilísticas são utilizadas quando a base da sondagem é deficiente, quando a investigação é exploratória ou quando o investigador não se preocupa com a representatividade da amostra, ou quando está interessado num comportamento em particular*”. Esta amostragem tem maior risco de ser menos representativa do que a amostra probabilística.

A amostra deste estudo é intencional, ou seja, tem com base a necessidade do investigador ou da imagem que ele projeta da situação (Huot, 1999). O tamanho da amostra nos estudos quantitativos, não é calculada de forma simples, o investigador deve ter em consideração o objetivo do estudo, a homogeneidade da população ou do fenómeno a estudar (Fortin, 1999).

A nossa amostra foi constituída por todos os enfermeiros gestores que estiveram ao serviço entre setembro de 2013 a janeiro de 2014, e que livremente quiseram participar no estudo,

realizando o auto preenchimento do questionário, pelo que a amostra ficou constituída por 83 gestores, o que representa 95,4% do universo, sendo o total dos enfermeiros chefes/ responsáveis de serviço destes centros hospitalares de 87, pelo que consideramos representar o universo.

A representatividade da amostra está correlacionada com as suas características e as suas semelhanças o mais possível às da população alvo (Fortin, 1999).

TABELA1:Distribuição da amostra

Instituição ¹	Frequência (N)	Percentagem (%)
CHA	31	37,3
CHB	19	22,9
CHC	11	13,3
CHD	22	26,5
Total	83	100

Cada estrato da amostra é diferente, pois também o número absoluto de enfermeiros gestores o é, no entanto, a percentagem dos que responde é semelhantes em todos os locais.

É de salientar que estes Centros Hospitalares são todos da mesma região e foram criados a partir do DL nº 233/2005 de 29 de Dezembro., o que os aproxima de políticas e diretivas gerais tornando-os semelhantes suportados por uma gestão empresarial. Neste âmbito, e com vista à definição do exercício da gestão das empresas públicas, foram emitidas em legislação, orientações estratégicas destinadas ao setor empresarial do Estado, através de resolução do Conselho de Ministros, desde os planos de atividades e investimento aos contratos de gestão, competindo à Inspeção-Geral de Finanças o controlo financeiro das Empresas (Decreto-Lei nº 558/99 de 17 dezembro alterado por DL n.º 300/2007, de 23/8).

¹Cada Instituição foi codificada no momento de colheita de dados para garantir a não identificação dos gestores pelo que cada centro hospitalar tomou a designação de A,B,C,D

PARTE III –DO TRAÇADO DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES AO CONFRONTO COM A EVIDÊNCIA DA GESTÃO DA FORMAÇÃO

Falar de opinião, implica ter uma variedade de contextos e de interpretações, na sua terminologia. Uma das definições de opinião, foi realizada por Philippe Breton (1996, p.24), citado por Barriga (2007), como *“conjunto das crenças, dos valores, das representações do mundo e da confiança noutros que um indivíduo forma para ser ele próprio”*. Esta ideia é partilhada por Barriga (2007), que defende que a opinião faz parte de um processo de construção de identidade do indivíduo na sociedade, em que são as suas opiniões que o transformam.

A opinião dos participantes, depende do nível de maturidade psicológica e profissional, cujas opiniões se manifestam pelo estado de espírito ou atitude de cada participante em relação a determinada realidade. O traçado da opinião dos enfermeiros gestores, traduz-se no percurso e trajetória que decorreu desde a colheita de dados até à apresentação e análise dos dados.

Esta parte pretende apresentar os resultados do estudo e para uma melhor compreensão iremos seguir numa primeira fase a descrição por variável, seguido do aprofundar da análise para as implicações da formação, a discussão com outros autores sobre os resultados encontrados e por último as conclusões.

O estudo pauta-se por um percurso criativo em torno de variáveis já estudadas, mas que acresce a ideia de as cruzar de uma nova forma. O que pretendemos tornar uma mais-valia para o estudo que nos facilitou o questionário, para as instituições, mas também trazer conhecimento novo para a gestão em enfermagem na área da formação institucional.

4. ENFERMEIROS GESTORES E O DIAGNÓSTICO PARA A FORMAÇÃO

Para a apresentação dos dados e considerando as variáveis em estudo neste capítulo, utilizaremos a análise descritiva dos dados acompanhada de comentários para evidenciar as maiores frequências relativas ou absolutas a fim de conseguirmos traçar os respectivos perfis que planeamos.

Fortin (2009) refere que *“Os resultados são as informações numéricas da análise estatística dos dados recolhidos junto dos participantes com a ajuda de instrumentos de medida (...) reportam-se diretamente às questões de investigação (...) serão descritivos se o estudo em que se inserem é descritivo, e inferenciais no caso de um estudo correlacional ou experimental”* (p.472).

Os dados obtidos do instrumento de recolha de dados foram introduzidos num ficheiro de *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0*, onde foi realizada a sua análise, tendo em conta os procedimentos clássicos da estatística descritiva e analítica.

Para melhor compreensão utilizaremos tabelas e gráficos sempre que assim se entenda com relevância, devidamente numerados e por ordem sequencial, análoga à estrutura geral do questionário, utilizando o programa informático *Office Excel 2007 para Windows Vista*.

4.1 Características sociodemográficas

Começamos a apresentação e análise dos dados pela caracterização sociodemográfica dos enfermeiros gestores, com o objetivo de identificar o seu perfil, a nível do sexo, idade, anos de exercício profissional, anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, área de especialidade e graus académicos.

Na tabela 2 está representada a distribuição dos enfermeiros gestores da nossa amostra pelo sexo

TABELA 2: Distribuição da amostra pelo sexo

Género	Nº	%
Feminino	62	74,7
Masculino	19	22,9
Total	81	97,6
Missing	2	2,4
Total	83	100,0

No que concerne ao **sexo**, pode-se constatar que nos enfermeiros gestores participantes no estudo predomina o sexo feminino (74,7%), enquanto a percentagem do sexo masculino se ficou pelos 22,9%.

Em relação à variável **Idade**, verificamos que a idade dos participantes com maior predomínio foi entre os 41 e 50 anos de idade (50,6%), no entanto, com mais de 51 anos de idade foi 48,2%. A idade dos enfermeiros gestores variou de um valor mínimo de 39 anos e um valor máximo de 59 anos. A referência de apenas 1 enfermeiro com idade entre os 31 anos e os 40, explica-se pelo percurso necessário para acesso à categoria de enfermeiro principal, pela formação específica, experiência profissional e habilitações necessárias.

De seguida apresentamos a distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício profissional, que se encontra representada na tabela 3

TABELA 3: Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício profissional, por anos na área da gestão e anos no atual serviço

Categorias		Frequências	
Anos exercício profissional		Nº	%
15 a 19		1	1,2
20 a 24		22	26,5
25 a 29		32	38,6
30 a 34		17	20,5
35 a 40		11	13,3
Anos exercício na área da gestão			
Menos de um ano		2	2,4
1 a 9 anos		26	31,3
10 a 19 anos		39	47,0
20 a 30 anos		16	19,3
Anos exercício no atual serviço			
0 a 9 anos		52	62,7
10 a 19 anos		17	20,5
20 a 29 anos		10	12,0
mais de 30 anos		2	2,4
Missing		2	2,4
Total		83	100,0

Em relação à distribuição de frequências da variável **Anos de exercício profissional**, constatamos que o número de anos de exercício na profissão variou entre os 18 e os 40 anos, sendo o maior número de registos observados em idades compreendidas entre os 25 a 29 anos de exercício (38,6%). Verificamos igualmente através das frequências relativas acumuladas que metade dos enfermeiros tem até 29 anos de exercício. A análise da distribuição de frequências, leva-nos a concluir que os enfermeiros gestores, apresentam anos de serviço relativamente elevados.

No que se refere à variável **Tempo de exercício profissional na área de gestão de serviços**, constatou-se que os enfermeiros têm entre 1 a 30 anos de experiência na área da gestão,

verificando-se que a maior percentagem dos enfermeiros (47%) exerce essa função de gestão entre os 10 e 19 anos seguido de 20 a 30 anos (19,3%).

Quando se analisa a variável **Anos de exercício profissional no atual serviço**, verificamos que a maioria dos enfermeiros gestores se encontra no serviço onde atualmente exerce funções, entre os zero e 9 anos (62,7%), seguido de 10 a 19 anos no serviço atual (20,5%), constata-se que 2 gestores não responderam (2,4%).

Apresentamos de seguida a distribuição dos participantes pelas diferentes especialidades (tabela 4).

TABELA 4: Distribuição da amostra pelo tipo de especialidade dos participantes

Tipo de Especialidade	Nº	%
Enf. Comunitária	2	2,4
Enf. Médico – cirúrgica	33	39,8
Enf. Reabilitação	24	28,9
Enf. Saúde Infantil e Pediátrica	8	9,6
Enf. Saúde Materna e Obstétrica	5	6,0
Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica	8	9,6
Enf. Médico-Cirúrgica e Geriatria gerontologia	1	1,2
Total	81	97,6
Missing	2	2,4
Total	83	100,0

Em relação à variável **Especialidade**, verificamos que a maioria dos participantes (97,6%) é detentor de especialidade, existindo 2 casos omissos. Tendo em conta os profissionais que referem possuir um curso de especialização em enfermagem, mais de um quarto dos enfermeiros (39,8%) possuía a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação é a segunda especialidade mais frequente (28,9%). Com menores percentagens surgem as áreas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (9,6%) de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (9,6%), Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (6%), e Enfermagem Comunitária (2,4%).

Na próxima tabela 5, está representada a distribuição dos enfermeiros gestores por grau académico.

TABELA5: Distribuição da amostra pelo grau académico dos participantes

Grau académico	Nº	%
Pós graduação	28	33,7
Mestrado	10	12,0
Outro	2	2,4
Pós graduação e outros: curso dos serviços de saúde	2	2,4
Pós graduação e Mestrado	2	2,4
Pós graduação, Mestrado e Outros	1	1,2
Total	45	54,2
Missing	38	45,8
Total	83	100,0

Na tabela 5 estão representados o **Grau académico**, e conforme análise da tabela verificamos que os enfermeiros gestores detêm maioritariamente Pós-graduações em áreas específicas (33,7%), seguido de cursos de Mestrado (12%), com Mestrado e Pós-graduação (2,4%) e Pós-graduação e cursos de serviços de saúde (2,4%). Fazendo a frequência acumulada, verifica-se que 29% dos enfermeiros gestores tem Mestrado, no entanto, salienta-se que 45,8% dos participantes não responderam.

Em síntese, o perfil dos gestores destes centros hospitalares é mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 50 anos, a trabalhar entre 25 e 29 anos e na gestão entre 10 e 19 anos e no atual serviço entre 0 e 9anos.

4.2 Um olhar sobre as necessidades de formação face aos padrões de qualidade

Quando pensamos em melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, estamos necessariamente a olhar para o desenvolvimento dos padrões de qualidade como referencial. A OE (2005), como já foi referido anteriormente, reforça a importância da implementação dos padrões de qualidade nas várias instituições de saúde, salientando a importância da intervenção dos enfermeiros da área de gestão como contributo para a garantia dos melhores cuidados aos cidadãos e na concretização da meta da excelência dos serviços.

Este subcapítulo será organizado de acordo com as questões realizadas aos enfermeiros gestores sobre as suas perceções, no que se refere às necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa nos padrões de qualidade, nomeadamente: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados.

Seguidamente, iremos representar a distribuição da perceção dos enfermeiros gestores sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão de qualidade - satisfação do cliente (tabela 6).

TABELA6: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão de qualidade –a satisfação do cliente

Satisfação do cliente	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam	0	0	1	1,2	37	44,6	42	50,6	3	3,6	100
Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	0	0	0	0	46	55,4	35	42,2	2	2,4	100
Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	1	1,2	2	2,4	49	59,0	27	32,5	4	4,8	100

Sobre a **satisfação do cliente**, constatou-se que na opinião dos participantes os enfermeiros demonstram **sempre** (50,6%) respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam, e demonstram “às vezes” (44,6%), a resposta nunca foi nula.

Na questão sobre se os enfermeiros procuram constantemente empatia na interação com o cliente (doente/família), verificamos que na opinião dos gestores (55,4%) procuram às vezes e apenas 42,2% procuram **sempre**.

Na opinião dos gestores, os enfermeiros envolvem às vezes (59%) os conviventes significativos do cliente individual nos cuidados, considerando que o fazem **sempre** (32,5%), e que nunca o envolvem (2,4%). Dos gestores questionados 4,8% não responderam.

Evidenciamos de seguida na tabela 7 os dados obtidos sobre a percepção que o gestor tem sobre a necessidade de formação dos enfermeiros na promoção da saúde.

TABELA7: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade –a promoção da saúde

Promoção da saúde	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	3	3,6	10	12	42	50,6	25	30,1	3	3,6	100
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	5	6	11	13,3	36	43,4	24	28,9	7	8,4	100
Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	2	2,4	4	4,8	49	59,0	26	31,3	2	2,4	100

A **promoção da saúde**, na opinião dos enfermeiros gestores, os enfermeiros identificam **sempre** (30,1%) as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade, referindo metade da amostra (50,6%) que identificam às vezes. De salientar que 12% dos enfermeiros identificam poucas vezes as situações de saúde, que 3,6% nunca o fazem e que 8,4% dos participantes não responderam.

Na questão “os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis”, apenas 28,9% responderam que aproveitam **sempre**, aumentando a resposta na opinião às vezes com 43,4%. Verificamos que na opinião dos enfermeiros gestores 13,3% dos enfermeiros aproveitam poucas vezes e que 6% nunca o fazem.

Na opinião dos participantes, os enfermeiros fornecem **sempre** (31,3%) informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, mais de metade (59%) considera que os enfermeiros fornecem às vezes. Uma percentagem reduzida (4,8%) fornece a informação poucas vezes, salientando que 2,4% nunca o fazem.

A prevenção de complicações foi abordado no questionário, apresentando na tabela 8 a percepção dos enfermeiros gestores sobre a necessidade de formação dos enfermeiros nesta área.

TABELA 8: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a prevenção de complicações

Prevenção de complicações	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os Enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	0	0	2	2,4	32	38,6	46	55,4	3	3,6	100
Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	0	0	4	4,8	32	38,6	44	53,0	3	3,6	100
Os Enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	0	0	2	2,4	34	41,0	44	53,0	3	3,6	100
Os Enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem	0	0	1	1,2	42	50,6	37	44,6	3	3,6	100
Os Enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo	0	0	6	7,2	43	51,8	32	38,6	2	2,4	100

Prevenção de complicações	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
com os mandatos sociais											
Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam	0	0	4	4,8	48	57,8	29	34,9	2	2,4	100
Os Enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam	0	0	2	2,4	36	43,4	43	51,8	2	2,4	100

Sobre a **prevenção de complicações**, as respostas observadas foram unânimes na ausência do “nunca” e verificamos que 2,4% a 3,6% não responderam às questões. Na identificação dos problemas potenciais do cliente, os enfermeiros gestores consideram que mais de metade (55,4%) dos enfermeiros identificam **sempre** e que 38,6% identificam os problemas às vezes.

Sobre a prescrição e implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações, na opinião dos enfermeiros gestores mais de metade (53%) dos enfermeiros o fazem **sempre**, 38,6% prescrevem e implementam às vezes.

Na opinião dos participantes, os enfermeiros avaliam **sempre** (53%) as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis, sendo que 41% avaliam às vezes.

Em relação à demonstração do rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem, verificamos que na opinião dos participantes metade (50,6) dos enfermeiros demonstram **sempre** rigor técnico /científico, e que 44,6% demonstram às vezes.

Sobre a referenciação de situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais, na opinião dos participantes mais de um quarto (38, 6%) dos enfermeiros referenciam **sempre** e que metade (51,8%) referenciam às vezes.

Na opinião dos gestores, os enfermeiros supervisionam **sempre** (34,9%) as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam, verificando-se que mais de metade (57,8%) dos enfermeiros supervisionam às vezes.

Por último, na opinião dos enfermeiros gestores mais de metade (51,8%) dos enfermeiros demonstram **sempre** responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam e 43,4% demonstram às vezes.

No que respeita à necessidade de formação dos enfermeiros sobre o bem-estar e o autocuidado, colocamos as questões aos gestores, estando as respostas representadas na tabela 9.

TABELA9: Distribuição da percepção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – o bem-estar e o autocuidado

Bem-estar e o autocuidado	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os Enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida	2	2,4	3	3,6	38	45,8	38	45,8	2	2,4	100
Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	2	2,4	4	4,8	35	42,2	40	48,2	2	2,4	100
Os Enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1	1,2	7	8,4	38	45,8	35	42,2	2	2,4	100
Os Enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	1	1,2	2	2,4	43	51,8	34	41	3	3,6	100
Os Enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	0	0	5	6	44	53	31	37,3	3	3,6	100
Os Enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam	0	0	2	2,4	37	44,6	41	49,4	3	3,6	100

No **bem estar e autocuidado**, é de salientar que as respostas se mantiveram equilibradas entre o “às vezes” e o “sempre”, com percentagens entre 37% e 53%, considerando que as respostas nulas variaram entre 2,4% e 3,6%.

Destaca-se nas respostas dos gestores, que os enfermeiros identificam **sempre** e às vezes com a mesma percentagem 45,8% os problemas do cliente que contribuem para a aumentar o bem estar e a realização das suas atividades de vida.

Na opinião dos participantes, os enfermeiros prescrevem e implementam **sempre** (48,2%), as intervenções que contribuem para aumentar o bem estar e a realização das atividades de vida dos clientes e fazem-no 42,2% às vezes.

Na questão sobre a avaliação das intervenções pelos enfermeiros que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, a resposta mais frequente foi “às vezes” com 45,8%, e avaliam as intervenções **sempre** com 42,2%.

Na opinião dos gestores, os enfermeiros demonstram **sempre** (41%) rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a

realização das atividades de vida dos clientes, destaca-se que mais de metade (51,8%) dos gestores referiu que os enfermeiros demonstram às vezes.

Esta perceção dos gestores é semelhante, na resposta sobre os enfermeiros que referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, em que na sua opinião os enfermeiros referenciam **sempre** (37,3%) e às vezes (53%).

Na opinião dos participantes, os enfermeiros demonstram **sempre** (49,4%) responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam no padrão de qualidade bem-estar e o autocuidado, e em percentagem semelhantes consideram que o fazem às vezes (44,6%).

A necessidade de formação sobre readaptação funcional foi colocada em análise aos gestores, encontrando-se as respostas evidenciadas na tabela 10.

TABELA10: Distribuição da perceção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a readaptação funcional

A readaptação funcional	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	1	1,2	4	4,8	24	28,9	51	61,4	3	3,6	100
Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade	3	3,6	7	8,4	32	38,6	36	43,4	5	6	100
Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito	3	3,6	9	10,8	35	42,2	34	41	2	2,4	100
Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	3	3,6	6	7,2	29	34,9	42	50,6	3	3,6	100

A **readaptação funcional**. na generalidade, pode-se constatar que os gestores consideram que os enfermeiros da sua equipa, na sua maioria (61,4%), dão **sempre** continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, e que mais de um quarto (28,9%) dá continuidade às vezes.

À semelhança da questão anterior, na opinião de metade (50,6%) dos gestores, os enfermeiros ensinam, instruem e treinam **sempre** o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional, mais de um quarto (34,9%) referem que o fazem às vezes e 7,2% que o fazem poucas vezes e 3,6% que nunca o fazem.

Na opinião dos gestores, menos de metade (43,3%) dos enfermeiros planeiam **sempre** a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os

recursos da comunidade, 32% planeiam às vezes e 8,4% respondeu que planeiam a alta poucas vezes.

No que se refere à otimização dos enfermeiros das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico, verifica-se que na opinião dos gestores, apenas 41% dos enfermeiros otimizam sempre, 42,2% fazem-no às vezes e 10,8% responderam poucas vezes.

Seguidamente, iremos representar a distribuição da perceção dos enfermeiros gestores sobre a necessidade de formação dos enfermeiros na organização dos cuidados de enfermagem (tabela11).

TABELA11: Distribuição da perceção do gestor sobre a necessidade de formação dos enfermeiros no padrão qualidade – a organização dos cuidados de enfermagem

A organização dos cuidados de enfermagem	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem	0	0	2	2,4	30	36,1	50	60,2	1	1,2	100
Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	0	0	9	10,8	41	49,4	32	38,6	1	1,2	100

Por último, a **organização dos cuidados de enfermagem**, a globalidade, os gestores consideram que mais de metade (60,2%) dos enfermeiros dominam **sempre** os sistemas de registos e que 36,1% o dominam às vezes.

Na opinião dos gestores, mais de um quarto (38,6%) dos enfermeiros conhecem **sempre** as políticas do hospital e quase metade (49,4%) dos enfermeiros conhecem às vezes.

De referir que apenas ocorreu uma resposta omissa, observando-se que a resposta “nunca”, não foi referida em nenhuma das questões.

Em síntese, ao analisarmos os dados referentes à variável **padrões de qualidade**, nas suas diversas categorias e dimensões, podemos concluir do resultado das respostas dos enfermeiros gestores sobre a sua perceção das necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa, considerando os padrões de qualidade nas dimensões de mais frequência do sempre, logo as áreas com mais garantia verificou-se:

- Satisfação do doente: os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam;
- Prevenção de complicações: os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente; os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações; os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis e os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam;

- Bem-estar e o autocuidado: os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes;
- Readaptação funcional: os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional;
- Organização dos cuidados de enfermagem: os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.

Por último, é de salientar que a promoção da saúde não atingiu em nenhuma dimensão o sempre.

4.3 Atividade do gestor e as necessidades de formação

A formação e a atividade do enfermeiro gestor necessitam de estar em constante atualização de conhecimentos, sendo a consciencialização da sua necessidade em formação indispensável para o seu desenvolvimento profissional e consequentemente da equipa que lidera.

De forma análoga, ao que foi realizado para a perceção dos enfermeiros gestores sobre as necessidades de formação da sua equipa face aos padrões de qualidade, os enfermeiros gestores foram auscultados sobre as suas necessidades de formação de acordo com as suas atividades, que iremos iniciar apresentação dos dados pela prática profissional, ética e legal (tabela12).

TABELA12: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – prática profissional, ética e legal

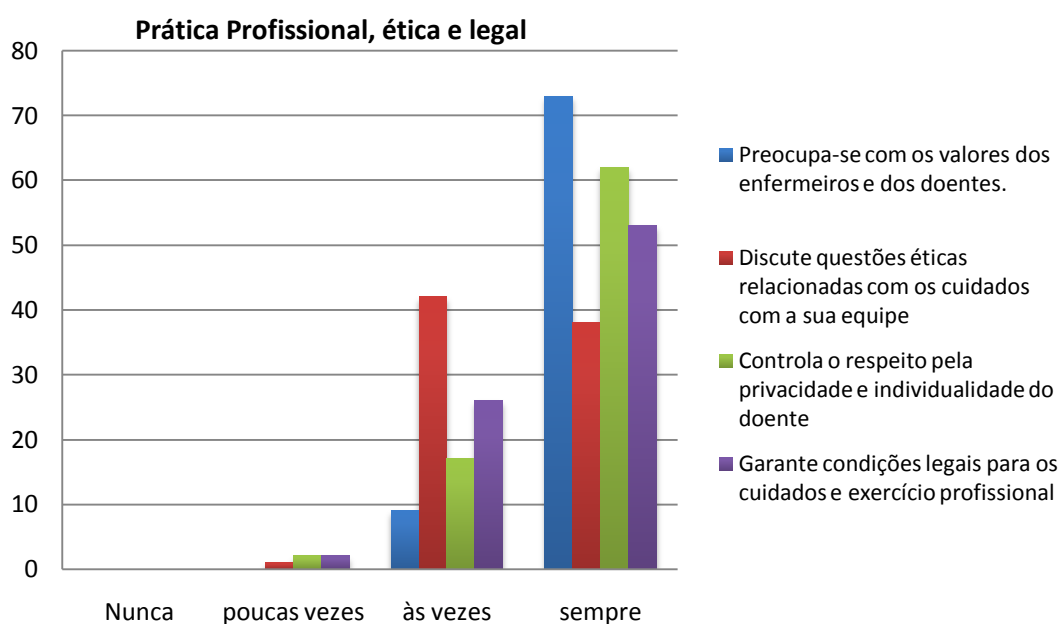
Prática profissional, ética e legal	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes	0	0	0	0	9	10,8	73	88	1	1,2	100
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	0	0	1	1,2	42	50,6	38	45,8	2	2,4	100
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	0	0	2	2,4	17	20,5	32	74,7	2	2,4	100
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	0	0	2	2,4	26	31,3	53	63,9	2	2,4	100

Ao analisarmos a perspetiva que os gestores têm das suas necessidades de formação sobre **prática profissional, ética e legal**, constata-se que três quartos (88%) se preocupa **sempre** com os valores dos enfermeiros e dos doentes e que 10,8% se preocupa às vezes; quase metade (45,8%)

discute **sempre** as questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe, e mais de metade (50,6%) discute as questões às vezes; o controlo do respeito pela privacidade e individualidade do doente e na garantia de condições legais para os cuidados e exercício profissional, a maioria (74,7%) dos gestores consideram que controlam **sempre** e 20,5% controla às vezes.

De referir que nenhum gestor respondeu nunca e que as respostas omissas corresponderam apenas à frequência de 2,4%.

GRÁFICO 1: Prática Profissional, ética e legal



O gráfico 1 demonstra que os gestores se preocupam com os valores tanto dos enfermeiros como dos doentes, com maior frequência (n=73).

A tabela que se segue representa a distribuição das respostas obtidas por gestor sobre as suas necessidades de formação na gestão de cuidados (tabela13).

TABELA13: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – gestão de cuidados

Gestão de cuidados	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	0	0	0	0	24	28,9	56	67,5	3	3,6	100
Promove a tomada de decisão clínica	0	0	2	2,4	28	33,7	51	61,4	2	2,4	100
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada	0	0	2	2,4	28	33,7	51	61,4	2	2,4	100

Gestão de cuidados	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	0	0	1	1,2	20	24,1	58	69,9	4	4,8	100
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço	0	0	0	0	28	33,7	52	62,7	3	3,6	100
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	0	0	0	0	14	16,9	66	79,5	3	3,6	100
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão	2	2,4	1	1,2	38	45,8	38	45,8	4	4,8	100
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas	0	0	2	2,4	32	38,6	47	56,6	2	2,4	100
Orienta cuidados de maior complexidade	0	0	3	3,6	37	44,6	41	49,4	2	2,4	100
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade	0	0	1	1,2	38	45,8	42	50,6	2	2,4	100
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material	0	0	2	2,4	38	45,8	39	47	4	4,8	100
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	0	0	3	3,6	16	19,3	62	74,7	2	2,4	100
Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	0	0	1	1,2	35	42,2	45	54,2	2	2,4	100
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa	1	1,2	4	4,8	27	32,5	49	59	2	2,4	100

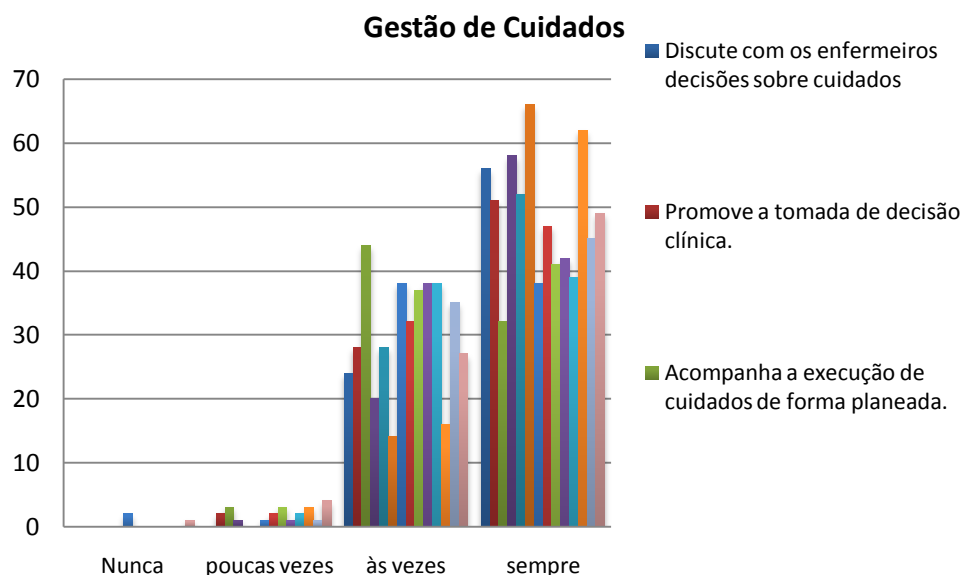
Ao analisar a atividade de **gestão de cuidados** constatamos que menos de metade (47%) dos gestores elaboram, aplicam, avaliam e atualizam **sempre** os procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material; progredindo na sua opinião para 49,4% que orientam **sempre** cuidados de maior complexidade e 50,6% desenvolvem **sempre** planos de melhoria contínua da qualidade.

Os gestores expressam que realizam em mais de metade as seguintes atividades: garantem sempre (54,2%) ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas; gerem sempre (59%) as situações clínicas; na mesma percentagem com 64,1% promovem **sempre** a tomada de decisão clínica e acompanham **sempre** a execução de cuidados de forma planeada; discutem **sempre** (62,7%) os riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço; prevêm e asseguram **sempre** (69,9%) os meios e recursos necessários à prestação de cuidados e contribuem

sempre (74,7%) para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.

A atividade que os gestores expressam que realizam **sempre** com maior percentagem (79,5%) foi a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.

GRÁFICO 2: Gestão de cuidados



Evidencia-se no gráfico nº 2 que a tomada de decisão é a área com maior frequência.

Em seguida, os gestores foram inquiridos sobre a necessidade de formação na gestão de recursos humanos, encontrando-se esses resultados na tabela 14.

TABELA14: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – gestão de recursos humanos

Gestão de recursos humanos	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Promove reuniões com os enfermeiros	0	0	0	0	25	30,1	55	66,3	3	3,6	100
Assiste à passagem de turno	1	1,2	3	3,6	10	12	65	78,3	4	4,8	100
Avalia o desempenho dos enfermeiros	2	2,4	1	1,2	11	13,3	65	78,3	4	4,8	100
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência	0	0	0	0	22	26,5	58	69,9	3	3,6	100
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços	2	2,4	0	0	20	24,1	49	59	12	14,5	100
Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários	11	13,3	1	1,2	21	25,3	42	50,6	8	9,6	100

Gestão de recursos humanos	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos	0	0	0	0	18	21,7	63	75,9	2	2,4	100
Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	3	3,6	0	0	17	20,5	59	71,1	4	4,8	100
Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)	0	0	0	0	24	28,9	56	67,5	3	3,6	100
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	0	0	0	0	33	39,8	48	57,8	2	2,4	100
Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	1	1,2	4	4,8	37	44,6	37	44,6	4	4,8	100
Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	0	0	2	2,4	49	59	30	36,1	2	2,4	100
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	2	2,4	5	6	41	49,4	32	38,6	3	3,6	100
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	0	0	0	0	18	21,7	63	75,9	2	2,4	100

Na categoria **gestão de recursos humanos**, verificamos que a promoção de reuniões com os enfermeiros é realizada **sempre** por mais de metade (66,3%) dos gestores e 30,1% promove às vezes; que o gestor assiste **sempre** à passagem de turno na mesma percentagem (78,3%) que faz **sempre** a avaliação de desempenho; coordena **sempre** (69,9%) o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência e 26,5% faz às vezes.

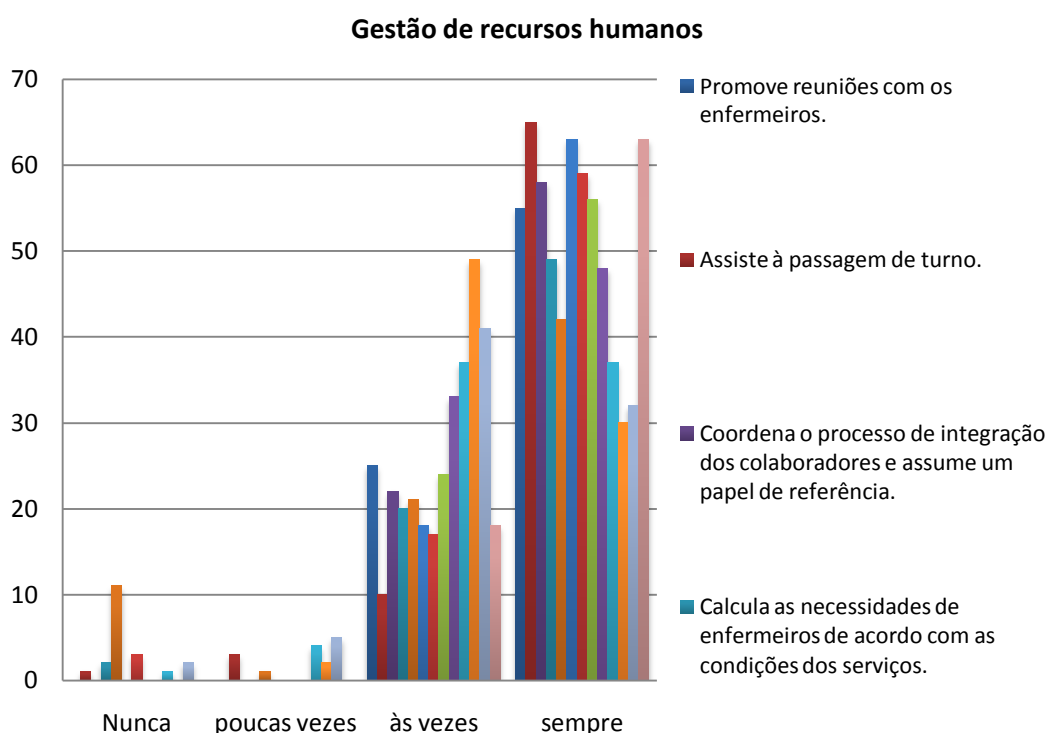
Em relação ao cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços mais de metade (59%) calcula **sempre**, enquanto 24,1% calcula às vezes, de salientar que nesta questão 14,5% dos participantes não responderam; metade (50,6%) considera que afeta **sempre** os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários; mais de um quarto (25,3%) dos enfermeiros afeta às vezes e 13,3% nunca afeta.

Os gestores responderam que criam, mantêm e desenvolvem **sempre** a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos em três quartos (75,9%) e expressam que o fazem às vezes em menos de um quarto (21,7%); distribui **sempre** os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes em três quartos (71,1%), de salientar que 20,5% expressam que o fazem às vezes; a maioria (67,5%) promove **sempre** o empenhamento e a motivação da equipa (visão global) e 28,9% promove às vezes.

A garantia de mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros, é realizada **sempre** por mais de metade (57,8%) dos gestores, e às vezes por mais de um quarto (39,8%), a resposta

nunca foi nula; assegura **sempre** em menos de metade (44,6%) a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio; atua como formador na equipe multi e intra disciplinar **sempre** (36,1%) sendo que mais de metade o faz (59%) às vezes; assegura **sempre** e às vezes com percentagens iguais (44,6%) a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio; atua **sempre** (36,1%) como formador na equipe multi e intradisciplinar; promove e avalia **sempre** em mais de um quarto (38,6%) satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores e cria e mantém sempre em mais de metade (75,9%) as condições para um trabalho coletivo

GRAFICO 3: Gestão de recursos humanos



O gráfico 3, ilustra que o maior número de respostas no “sempre”, obteve igual concordância no âmbito do espírito de equipa, nomeadamente nas duas questões: “cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos” e “cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa”.

De seguida, iremos apresentar a distribuição das respostas obtidas sobre as necessidades de formação dos enfermeiros gestores sobre intervenção política e assessoria (tabela 15).

TABELA15: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – intervenção política e assessoria

Intervenção política e assessoria	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital	11	13,3	22	26,5	39	47	10	12	1	1,2	100
Participa no planeamento estratégico do serviço	1	1,2	12	14,5	31	37,3	37	44,6	2	2,4	100
Elabora relatórios de serviço	5	6	7	8,4	43	51,8	26	31,3	5	2,4	100
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais	0	0	10	12	35	42,2	36	43,4	2	2,4	100
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício	0	0	0	0	13	15,7	67	80,7	3	3,6	100
Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico	11	13,3	10	12	38	45,8	23	27,7	1	1,2	100

Prosseguindo na análise da atividade do enfermeiro gestor e suas necessidades em formação, na categoria **intervenção política e assessoria**, constatamos que mais de três quartos (80,7%) dos gestores responderam que adaptam **sempre** recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício, seguido da resposta expressa de que participam **sempre** (44,6%) no planeamento estratégico de serviço e concebem e operacionalizam projetos no serviço **sempre** (43,4%) implicando-se e implicando a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.

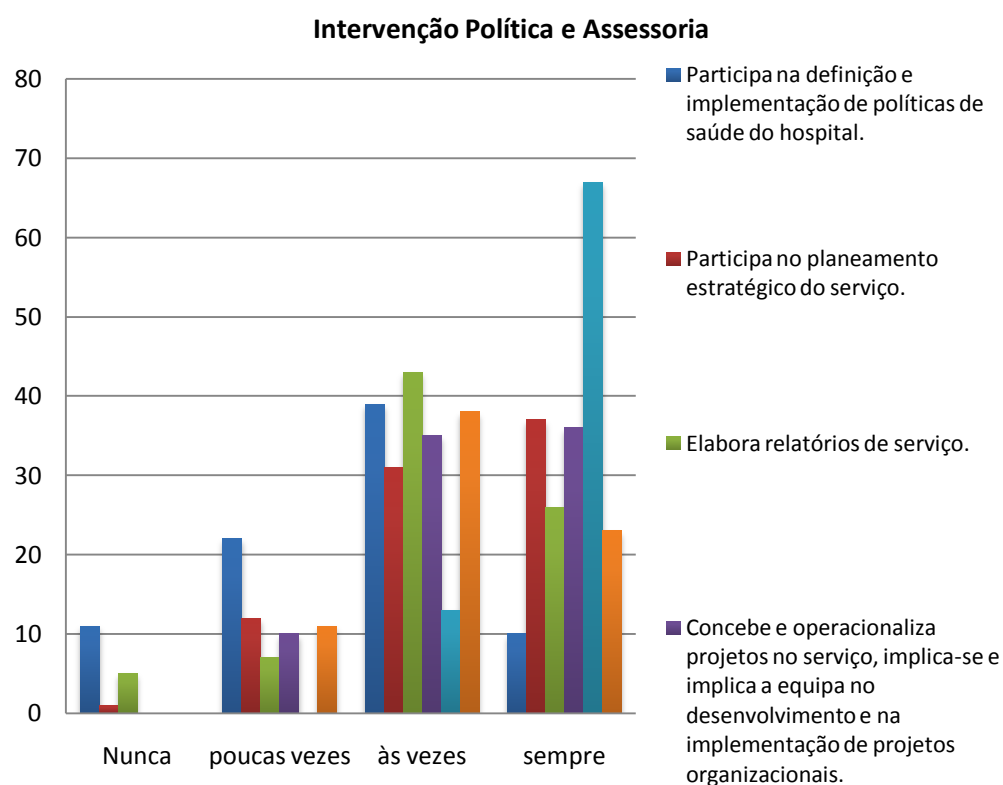
Relativamente à dimensão “participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital”, apresenta uma grande dispersão de respostas, em que 47% expressa que participa às vezes, 26,5% participa poucas vezes, seguido de 13,3% que nunca participam, apenas 12% responde “**sempre**”, existindo um gestor que não respondeu à questão. Podemos concluir que os gestores não participam no hospital, de forma constante na definição e implementação de políticas de saúde, verificamos que a soma das percentagens de “nunca” e “poucas vezes” é 39,8% comparativamente com a resposta “sempre” com 12%.

Em relação à dimensão “elabora relatórios de serviço”, metade (51,8%) dos gestores refere que elabora às vezes, elaborando **sempre** em menos de metade (43,4%), verificamos que 6% dos gestores não responderam. Por outro lado, podemos observar que apenas um quarto (27,7%) dos gestores participa **sempre** em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico,

quase metade (45,8%) refere que participa às vezes e 13,3% refere que nunca participa. De salientar, que apenas um gestor não respondeu.

Pela observação do gráfico 4, podemos evidenciar a predominância que os participantes dão na área de recursos materiais, e a pouca evidência que dão nas questões: “participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital” e “participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico”.

GRAFICO 4: Intervenção política e assessoria



Em síntese, podemos concluir que os gestores na intervenção política e assessoria dão mais relevo à relação custo-benefício na adaptação dos recursos materiais, sendo que há gestores que referem que nunca participam na definição e implementação de políticas de saúde no hospital, assim como, nunca participam em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.

De seguida os participantes foram inquiridos sobre o desenvolvimento profissional e suas necessidades de formação. Proceder-se-á, de forma análoga à apresentação dos resultados obtidos (tabela 16).

TABELA16: Distribuição da atividade dos enfermeiros gestores e as suas necessidades de formação – desenvolvimento profissional

Desenvolvimento profissional	Nunca		Poucas vezes		Às vezes		Sempre		Missing		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	%
Promove a enfermagem baseada na evidência	2	2,4	2	2,4	30	36,1	46	55,4	3	3,6	100
Promove a formação formal e informal da equipa	0	0	1	1,2	20	24,1	59	71,1	3	3,6	100
Estimula os enfermeiros à auto-formação	0	0	0	0	17	20,5	60	72,3	6	7,2	100
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	1	1,2	3	3,6	42	50,6	34	41	3	3,6	100

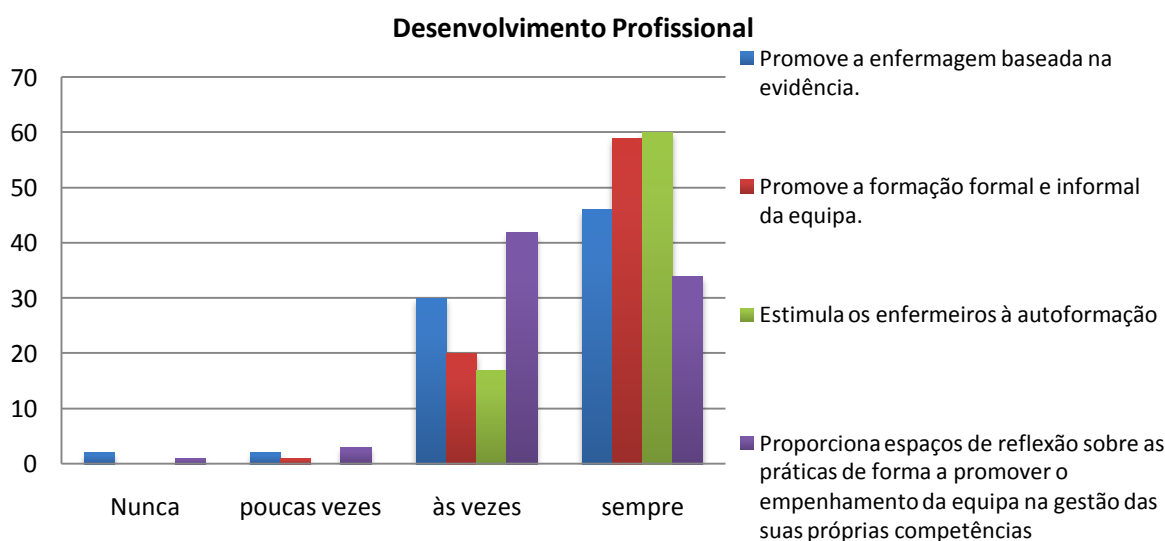
No sentido de analisar as necessidades de formação dos enfermeiros gestores, na categoria **desenvolvimento profissional**, foram abordadas quatro dimensões, tendo-se verificado que cerca de três quartos (72,3%) dos gestores estimulam **sempre** os enfermeiros à auto-formação, 71,1% promovem **sempre** a formação formal e informal da equipa e cerca de metade (55,4%) promovem a enfermagem baseada na evidência.

Em relação aos espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências, metade (50,6%) dos gestores proporcionam às vezes e 41% proporcionam **sempre**.

As respostas nulas neste grupo, variaram entre 3,6% e 7,2%, em que 6 gestores não responderam à questão sobre a estimulação à auto-formação dos enfermeiros.

De forma a facilitar a análise desta variável, evidenciamos no gráfico 5 as dimensões que apresentam maior relevância no desenvolvimento profissional.

GRAFICO 5: Desenvolvimento profissional



Através da análise do gráfico do desenvolvimento profissional, constatamos que a maior evidência das respostas ocorreu na dimensão, “estimula os enfermeiros à auto-formação”

Em síntese, podemos concluir que os gestores no desenvolvimento profissional estimulam os enfermeiros à auto-formação e dão mais ênfase à promoção da formação formal e informal da equipa, sendo que há alguns gestores que referem que nunca promovem a enfermagem baseada na evidência.

O gráfico 6 permite uma melhor visualização da globalidade das atividades de gestão deste estudo.

GRAFICO 6: Atividades de gestão



Em **síntese**, podemos referir que as atividades de gestão dos enfermeiros desta amostra representam todas as áreas de competências do enfermeiro gestor, sendo de salientar que a maioria executa as suas atividades em todos os domínios do “sempre”, apenas se notando alguma fragilidade na intervenção política e assessoria, considerando que só “às vezes” o fazem. Nenhuma atividade de gestão tem frequência superior a dez para o “nunca” e zero para “às vezes”. Assim, as atividades que têm maior percentagem nas dimensões no indicador **sempre** são:

- Prática profissional, ética e legal: preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes; controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente; garante condições legais para os cuidados e exercício profissional;
- Gestão de cuidados: a maioria dos participantes respondeu sempre em todas as questões, exceto na questão que garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, em que as percentagens de às vezes e sempre são iguais com 45,8%;

- **Gestão de recursos humanos:** promove reuniões com os enfermeiros; assiste à passagem de turno; avalia o desempenho dos enfermeiros; coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência; calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços; afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários; cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa de trabalho, gerindo conflitos; distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes, promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global); garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores e por último, cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa.
- **Intervenção política e assessoria:** participa no planeamento estratégico do serviço; concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais e adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.
- **Desenvolvimento profissional:** promove a enfermagem baseada na evidência; promove a formação formal e informal da equipa e estimula os enfermeiros à auto-formação.

4.4 O enfermeiro gestor e as TIC

A utilização das tecnologias de informação e comunicação, abre caminhos facilitadores para o desenvolvimento de competências de gestão em enfermagem, assim como, na área de formação em serviço. Realizamos uma análise da utilização das TICs pelos enfermeiros gestores de forma a traçar o seu perfil tecnológico, e a sua relação com o ensino à distância. Na tabela que se segue, estão representados os dados sobre a utilização dos meios tecnológicos pelos gestores (tabela 17).

TABELA17: Distribuição da utilização dos meios para vários fins

Utilização dos meios para qualquer fim	Nº	%
Computador	10	12,0
Email	4	4,8
Mais que duas	67	80,7
Total	81	97,6
Missing	2	2,4
Total	83	100,0

Constatamos através da tabela nº 17, que cerca de três quartos (80,7%) dos gestores utilizam mais que dois **meios tecnológicos para qualquer fim**, nomeadamente na sua atividade profissional, a nível pessoal e outros, referindo 12% que utilizam apenas o computador e 4,8% o email.

TABELA18:Distribuição do conhecimento dos meios para ensino

Conhecimento dos meios para ensino	Nº	%
Computador	5	6,0
Web	2	2,4
Email	1	1,2
Grupos de discussão	1	1,2
Video conferência	4	4,8
Mais que duas	63	75,9
Total	76	91,6
Missing	7	8,4
Total	83	100,0

Quando é abordada a questão do **conhecimento dos meios tecnológicos para ensino** nos enfermeiros gestores, verificamos que três quartos (75,9%), responderam que conhecem mais que dois meios para ensino, seguido de 6% que referem conhecer o computador, 4,8% a video conferência. A Web é conhecido por 2,4% dos participantes, e em simultâneo com 1,2% o email e os grupos de discussão. De referir que 7 participantes não responderam a esta questão, correspondendo a 8,4% da nossa amostra.

TABELA19:Distribuição da utilização dos meios para ensino

Utilização dos meios para ensino	Nº	%
Computador	18	21,7
Web	2	2,4
Grupos de discussão	3	3,6
Mais que duas	52	62,7
Total	75	90,4
Missing	8	9,6
Total	83	100,0

Relativamente à questão sobre a utilização dos **meios tecnológicos para o ensino**, constata-se através da análise da tabela nº19, que mais de metade (62,7%) dos gestores utiliza mais que dois meios tecnológicos e que 21,7% dos gestores utilizam apenas o computador.

De salientar que 3,6% dos gestores responderam que utilizam grupos de discussão para o ensino e 2,4% utilizam a Web.

Podemos concluir que na maioria os enfermeiros gestores utilizam mais que dois meios tecnológicos para ensino.

TABELA20:Distribuição dos meios que podem ser utilizados para completar a formação presencial

Meios para completar formação presencial	Nº	%
Computador	7	8,4
Web	2	2,4
Email	1	1,2
Chat	1	1,2
Grupos de discussão	1	1,2
Video conferência	8	9,6
Outro	1	1,2
Mais que duas	52	62,7
Total	73	88,0
Missing	10	12,0
Total	83	100,0

À semelhança das respostas anteriores, verifica-se que a maioria dos gestores, considera que mais que dois meios tecnológicos podem ser utilizados para completar a **formação presencial**, com 62,7%, seguido de 9,6% que consideram a videoconferência e 8,4% dos gestores responderam o computador. A Web, chat, email e grupos de discussão são considerados pelos gestores que podem ser utilizados para completar a formação presencial entre 1,2% e 2,4%.

TABELA21:Distribuição das necessidades de formação sobre as tecnologias

Gostaria de receber formação sobre tecnologias	Nº	%
Computador	1	1,2
CD-row DVD	1	1,2
Web	1	1,2
Email	1	1,2
Chat	2	2,4
Grupos de discussão	2	2,4
Video conferência	26	31,3
Outro	4	4,8
Mais que duas	24	28,9
Total	62	74,7
Missing	21	25,3
Total	83	100,0

No que se refere às respostas dos enfermeiros gestores se gostariam de receber **formação sobre as tecnologias**, verificamos que estas foram dispersas. A mais frequente foi a videoconferência com 31,3%, seguido da necessidade de formação em mais que duas tecnologias com 28,9%. Salientamos que um quarto (25,3%) dos gestores não responderam a esta questão.

Em síntese, com estes dados, podemos concluir que os enfermeiros gestores na sua maioria conhecem mais que dois meios tecnológicos.

TABELA22: Distribuição dos enfermeiros gestores por ligação e tipo de ligação à internet da sua residência

Ligação à internet da sua residência		Nº	%
	Sim	81	97,6
	Não	2	2,4
Total		83	100,0
Tipo de ligação à internet			
	LAN	3	3,6
	RDIS	1	1,2
	ADLS	16	19,3
	MODEM	13	15,7
	Netcabo	41	49,4
	Outra	4	4,8
	Não sei	2	2,4
	Total	80	96,4
	Missing	3	3,6
Total		83	100,0

Em relação à existência **de ligação à internet** na residência dos enfermeiros gestores, verificamos que na globalidade todos responderam afirmativamente com 97,6%, apenas 2,4% refere não ter ligação à internet. Constata-se que o tipo de ligação mais frequente é a netcabo com 49,4%, seguido da ADLS com 19,3%.

TABELA23: Distribuição dos enfermeiros gestores sobre os seus conhecimentos de informática

Deve os conhecimentos de informática		Nº	%
	Autoaprendizagem	41	49,4
	Curso de formação	6	7,2
	Aprendizagem com amigos	1	1,2
	Curso de formação e aprendizagem com amigos	1	1,2
	Autoaprendizagem e Curso de Formação	10	12,0
	Autoaprendizagem e Aprendizagem com amigos	11	13,3
	Autoaprendizagem, Curso de Formação e Aprendizagem com amigos	13	15,7
Total		83	100,0

Em relação aos **conhecimentos de informática** dos enfermeiros gestores constata-se que quase metade (49,4%) referiu que se deve à autoaprendizagem, seguida de autoaprendizagem, curso de formação e aprendizagem com amigos com 15,7%.

TABELA 24: Distribuição dos enfermeiros gestores e sua familiarização com os conceitos de ensino à distância/e-learning

Familiarizado com conceitos de ensino à distância/e-learning		Nº	%
	Sim	40	48,2
	Não	43	51,8
Total		83	100,0

Relativamente às respostas dos enfermeiros gestores sobre a sua **familiarização com os conceitos de ensino à distância/e-learning**, verificamos que as respostas negativas e afirmativas

foram muito semelhantes, com 51,8% e 48,2% respetivamente. Podemos concluir que não é um conceito muito familiar na generalidade dos enfermeiros gestores.

TABELA 25: Distribuição dos enfermeiros gestores e sua participação em iniciativas de ensino à distância/*e-learning*

Participação em iniciativas de ensino à distância/ <i>e-learning</i>		Nº	%
	Sim	22	26,5
	Não	60	72,3
	Total	82	98,8
	Missing	1	1,2
Total		83	100,0

Os enfermeiros gestores, quando questionados sobre a participação em **iniciativas de ensino à distância/*e-learning***, responderam na sua maioria com três quartos (72,3%) que nunca participaram, enquanto 26,5% responderam afirmativamente.

TABELA 26: Distribuição dos enfermeiros gestores e seu interesse em participar em ações de formação com recurso a ensino à distância

Interesse em participar em ações de formação com recurso a ensino à distância/ <i>e-learning</i>		Nº	%
	Sim	55	66,3
	Não	25	30,1
	Total	80	96,4
	Missing	3	3,6
Total		83	100,0

Em relação ao interesse dos enfermeiros gestores em **participar em ações de formação com recurso a ensino à distância**, constata-se que a resposta maioritária foi afirmativa com mais de metade (66,3%), cerca de um quarto (30,1%) dos gestores refere que não tem interesse.

TABELA 27: Distribuição dos requisitos necessários para a utilização do *e-learning* no contexto de formação organizacional

	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente		S/ opinião	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Formação tecnológica dos enfermeiros gestores	0	0	2	2,4	27	32,5	45	54,2	9	10,8
Formação tecnológica dos enfermeiros	0	0	2	2,4	26	31,3	46	55,4	9	10,8
Envolvimento dos enfermeiros no processo de conceção dos conteúdos da formação	0	0	3	3,6	21	25,3	49	59	10	12
Envolvimento dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem	0	0	0	0	21	25,3	52	62,7	10	12
Apoio pedagógico no processo de adoção do <i>e-learning</i>	0	0	0	0	17	20,5	55	66,3	11	13,3

No que se refere à opinião dos enfermeiros gestores sobre os **requisitos necessários** para a utilização do *e-learning* no contexto de formação organizacional, a maioria respondeu “concordo totalmente”.

Em relação ao apoio pedagógico no processo de adoção do *e-learning* mais de metade (66,3%) dos participantes concordam totalmente e 20,5% concordam que seja um requisito necessário, no entanto, 13,3% dos gestores não têm opinião.

Sobre o envolvimento dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem, mais de metade (62,7%), dos gestores concordam totalmente que é um requisito necessário e um quarto (25,3%) concordam, 12% dos gestores não têm opinião.

O envolvimento dos enfermeiros no processo de conceção dos conteúdos da formação, na opinião de cerca de metade (59%) dos gestores é um requisito que concordam totalmente, enquanto um quarto (25,3%) concorda e 3,6% discorda que é um requisito.

A formação tecnológica dos enfermeiros, é considerada na opinião de metade (55,4%) dos gestores um requisito que concordam totalmente ser necessário à utilização do *e-learning*, enquanto mais de um quarto (31,3%) apenas concorda, 10,8% dos participantes não têm opinião.

Sobre a formação tecnológica dos enfermeiros gestores, a opinião dos gestores foi semelhante à anterior, em que mais de metade (54,2%) concordam totalmente ser requisito necessário à utilização do *e-learning* enquanto 32,5% apenas concordam.

TABELA28: Distribuição sobre a forma como a utilização do *e-learning* devia ser implementado na formação organizacional

	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente		S/ opinião		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A inovação proporcionada pela utilização do <i>e-learning</i> deve resultar numa rutura e/ou mudança profunda do paradigma da formação	4	4,8	19	22,9	30	36,1	16	19,3	13	15,7	1	1,2
A adoção do <i>e-learning</i> deve começar por ser implementada em grupos restritos, como projetos-piloto	0	0	10	12	42	50,6	19	22,9	11	13,3	1	1,2
A adoção do <i>e-learning</i> deve começar por ser uma decisão tomada pelas lideranças de topo da organização	0	0	13	15,7	35	42,2	25	30,1	9	10,8	1	1,2
As decisões estratégicas da organização sobre a utilização do <i>e-learning</i> deveriam ser essencialmente decisões negociadas e partilhadas com os enfermeiros gestores	3	3,6	9	10,8	31	37,3	29	34,9	10	12	1	1,2
Os enfermeiros gestores devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do <i>e-learning</i> na formação	0	0	5	6,0	32	38,6	33	39,8	12	14,5	1	1,2
Os enfermeiros devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do <i>e-learning</i> na formação	1	1,2	5	6,0	33	39,8	32	38,6	11	13,3	1	1,2

Relativamente à opinião dos enfermeiros gestores sobre a forma como **a utilização do e-learning deveria ser implementada na formação organizacional** as respostas variaram entre “concordo” e concordo totalmente”, com percentagens equivalentes.

Da análise da tabela nº 28, constata-se que apenas um participante não respondeu, sendo o total da amostra (98,8%).

Na opinião dos gestores, apenas 19,3% concordaram totalmente que a inovação proporcionada pela utilização do *e-learning* deve resultar numa rutura e/ou mudança profunda do paradigma da formação, mais de um quarto (36,1%) concordaram, 22,9% discordaram e 15,7% não expressaram opinião.

Na adoção de *e-learning* metade (50,6%) concordaram que deve começar por ser implementada em grupos restritos, como projetos-piloto, apenas quase um quarto (22,9%) concordaram totalmente. Quando abordada esta questão sobre o iniciar por uma decisão tomada pelas lideranças de topo de organização, quase metade (42,2%) concorda totalmente e 30,1% concordam.

Em relação às decisões estratégicas da organização sobre a utilização do *e-learning*, os gestores responderam “concordo totalmente” (34,9%) e “concordo” (37,3%) em percentagens semelhantes, que deveriam ser essencialmente decisões negociadas e partilhadas com os enfermeiros gestores. De salientar que 31% dos gestores discordaram.

Relativamente ao papel essencial nas decisões sobre a utilização do *e-learning* na formação, na opinião dos gestores, a sua intervenção e a dos enfermeiros é muito semelhante. Mais de um quarto (39,8%) dos gestores concordaram totalmente que o seu papel é essencial e mais que um quarto (38,6%) concordaram totalmente que o papel dos enfermeiros é essencial.

TABELA29: Distribuição da utilidade do *e-learning* para a atividade de gestão

	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente		S/ opinião		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Organização do processo de gestão de cuidados	6	7,2	13	15,7	27	32,5	17	20,5	18	21,7	2	2,4
Comunicação e colaboração entre a equipa de cuidados	4	4,8	10	12,0	35	42,2	18	21,7	14	16,9	2	2,4
Avaliação do processo de cuidados	5	6,0	13	15,7	37	44,6	9	10,8	17	20,5	2	2,4
Melhoria da qualidade do processo de gestão	2	2,4	3	3,6	41	49,4	19	22,9	16	19,3	2	2,4
Suporte à formação em serviço	1	1,2	2	2,4	30	36,1	35	42,2	13	15,7	2	2,4
Dinamização de momentos de formação	0	0	0	0	31	37,3	34	41,0	16	19,3	2	2,4
Participação dos enfermeiros na formação	0	0	2	2,4	28	33,7	36	43,4	15	18,1	2	2,4
Avaliação de desempenho dos enfermeiros	7	8,4	22	26,5	25	30,1	9	10,8	18	21,7	2	2,4

No que se refere à distribuição da **utilidade do e-learning para a atividade de gestão**, a maior percentagem dos participantes (49,4%) respondeu “concordo” à questão “melhoria da qualidade do processo de gestão”, seguida da questão “avaliação do processo de cuidados” com 44,6% e da questão “dinamização de momentos de formação” com 37,3%.

Em relação à utilidade do *e-learning* para a organização do processo de gestão de cuidados, na opinião dos gestores menos de um quarto (20,5%) concorda totalmente e mais de um quarto (32,5%) concorda.

Nas questões relacionadas com a utilidade do *e-learning* e a formação, verificamos que quase metade dos gestores concordam totalmente na sua utilidade como suporte à formação de serviço (42,2%), na dinamização de momentos de formação (41%) e na participação dos enfermeiros na formação (43,4%).

Neste grupo de questões, verificamos que um número quase um quarto (entre 15,7% e 21,7%) de gestores não expressou a sua opinião.

Prosseguido a análise sobre as TIC, apresentamos a distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC na opinião dos enfermeiros gestores, dividindo em três grupos, nomeadamente, as mais frequentes (tabela 30), com aplicação pedagógica interativa (tabela31) e da gestão (tabela32)

TABELA 30: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC mais frequentes

	A- Recursos que podem ser utilizados		B Recursos existentes na instituição		C Recursos utilizados na gestão enfermagem		A+B		B+C		A+C		A+B+C		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Correio eletrónico	3	3,6	0	0	1	1,2	2	2,4	2	2,4	0	0	73	88	2	2,4
Boletim Informativo	10	12	8	9,6	0	0	12	14,5	4	4,8	4	4,8	34	41,0	11	13,3
Intranet	3	3,8	1	1,2	1	1,2	6	7,2	3	3,6	1	1,2	64	77,1	4	4,8

No que concerne às **estratégias de gestão com recurso tecnologias de informação e comunicação**, pode-se constatar que as respostas variam de acordo com a TIC proposta.

Em relação ao correio eletrónico, mais de três quartos dos gestores (88%) consideram o correio eletrónico um meio a ser utilizado na gestão, que existe na instituição onde trabalha e utilizam no exercício da sua função.

O boletim informativo, 41% da amostra referem que esta TIC é um recurso existente no hospital, é utilizado para a gestão em enfermagem e utilizam no exercício da função.

A intranet, mais de três quartos da população em estudo (77,1%) utiliza esta TIC, considera que está disponível e pode ser utilizado na gestão em enfermagem.

TABELA 31: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC com aplicação pedagógica interativa

	A Recursos que podem ser utilizados		B Recursos existentes na instituição		C Recursos utilizados na gestão enferme m		A+B		B+C		A+C		A+B+C		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Chat</i>	20	24,1	1	1,2	1	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	61	73,5
Grupos discussã o	34	41,0	0	0	2	2,4	2	2,4	1	1,2	7	8,4	5	6,0	32	38,6
Video Conferê ncia	31	37,3	1	1,2	0	0	3	3,6	0	0	1	1,2	0	0	47	56,6
<i>Wiki</i>	11	13,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72	86,7
<i>Blog</i>	15	18,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,4	66	79,5
<i>Fórum</i>	21	25,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,2	1	1,2	60	72,3

O chat é uma ferramenta onde aproximadamente três quartos (73,5%) da amostra dos gestores não expressaram opinião, contudo 24,1% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem mas apenas um referiu que existe e utiliza.

Os grupos de discussão, são considerados como uma TIC que podem ser utilizados na gestão em enfermagem por 41% dos participantes, de salientar que 38,6% não expressaram a sua opinião.

A videoconferência, não obteve a opinião da maioria (56,6%), dos participantessendo que 37,3% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem, mas nenhum a utiliza.

Os gestores não expressam opinião sobre a *wiki* (86,7%,) sendo que 13,3% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem.

O *blog* é uma TIC sobre a qual mais de três quartos dos gestores não respondeu (79,5%), sendo que 18,1% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem, apenas dois referiram que pode e é utilizado na gestão e na sua instituição.

Sobre o *fórum*, também 72,3% dos gestores não responderam, contudo 25,3% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem.

TABELA 32: Distribuição das estratégias de gestão com recurso às TIC da gestão

	A Recursos que podem ser utilizados		B Recursos existentes na instituição		C Recursos utilizados na gestão enfermagem		A+B		B+C		A+C		A+B+C		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ghaf	6	7,2	0	0	0	0	6	7,2	3	3,6	0	0	29	34,9	39	47
Sape	2	2,4	2	2,4	1	1,2	10	12	0	0	0	0	64	77,1	4	4,8
SONHO	7	8,4	13	15,7	0	0	10	12	29	34,9	4	4,8	0	0	20	24,1
SAM	3	3,6	15	18,1	0	0	12	14,5	1	1,2	0	0	30	36,1	22	26,5
EPIC	16	19,3	4	4,8	8	9,6	2	2,4	0	0	0	0	6	7,2	47	56,6
SINAI	12	14,5	2	2,4	0	0	11	13,3	0	0	1	1,2	13	15,7	44	53
SISQUA L	0	0	2	2,4	0	0	8	9,6	2	2,4	6	7,2	61	73,5	4	4,8
AIDA	8	9,6	4	4,8	0	0	13	15,7	0	0	0	0	12	14,5	46	55,4
Outros	3	3,6	2	2,4	3	3,6	2	2,4	2	2,4	1	1,2	5	6,0	65	78,3

O aplicativo GHAF, sendo uma aplicação de gestão diária (farmácia, aprovisionamento e dietas) quase metade dos participantes (47%) não respondeu e 34,9%, referem que pode ser utilizado, existe e utilizam, na gestão do seu serviço.

Os gestores consideram o aplicativo SAPE como uma TIC que pode ser utilizada, existe na instituição e que a utilizam em 95,2% da opinião dos participantes.

O aplicativo SONHO, é considerado como uma TIC que pode ser utilizada, existe na instituição e utilizam na gestão em enfermagem por 34,9% dos gestores, contudo quase um quarto dos gestores (24,1%) não expressou a sua opinião.

Os gestores (36,1%) consideram que o aplicativo SAM, é possível utilizar na gestão, existe na instituição e utilizam, contudo 26,5% não deram opinião.

Sobre o aplicativo EPIC, cerca de metade dos gestores não respondeu (56,6%), no entanto, 19,3% respondeu que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem, 9,6% referindo que pode ser utilizado e existe na instituição e 4,8% dos gestores referiu que é utilizado na gestão e na sua instituição.

O aplicativo SINAI, é uma TIC sobre a qual metade dos participantes não expressou a sua opinião (53%), sendo que 15,7% da opinião dos participantes refere que esta TIC que pode ser utilizada, existe na instituição e que a utilizam.

O aplicativo SISQUAL, em três quartos da população em estudo (73,5%) utiliza esta TIC, considera que está disponível e pode ser utilizado na gestão em Enfermagem, 4,8% não expressaram opinião.

A AIDA é uma TIC sobre a qual metade dos gestores não respondeu (55,4%), sendo que 15,7% responderam que pode ser um recurso tecnológico a ser utilizado na gestão de enfermagem e existente na instituição, 14,5% expressaram que pode ser utilizado na gestão, existe na instituição e utiliza.

Em **síntese**, o perfil tecnológico do enfermeiro gestor é dominado por ter acesso à internet a partir da residência, sendo a auto aprendizagem o meio de formação mais utilizado, não estão familiarizados com os conceitos de ensino à distância, não são participantes de ensino à distância e estão interessados em participar em ações de formação com ensino à distância. Os gestores têm domínio sobre a utilização do computador e do *email*, utilizando com muita frequência a combinação de mais que dois meios, contudo o que mais gostaria de receber formação é sobre videoconferência.

Os gestores recorrem ao correio electrónico como a TIC mais representativa. Contudo dizem que podem ser utilizadas na gestão todas as TIC apresentadas nas tabelas anteriores, as que existem na instituição são o SAM, SONHO, boletim informativo, SAPE, EPIC, AIDA, SINAI, SISQUAL, *chat*, videoconferência, intranet e as que utilizam são EPIC, grupos de discussão, correio electrónico, *chat*, *intranet*, SAPE, contudo quando analisadas as três respostas em conjunto obtiveram a seguinte ordem: correio electrónico, *intranet*, SAPE, SISQUAL; boletim informativo; SAM e GHAF.

4.5 A formação em serviço na gestão dos enfermeiros

Neste subcapítulo vamos procurar compreender o que caracteriza os enfermeiros gestores que promovem a formação. Analisadas as relações significativas com recurso à estatística não paramétrica, ou seja, *“testes que não correspondem aos postulados de normalidade, frequentemente usados são: o teste do sinal, o teste de Kendall Tau, o testes kruskal-Wallis e o qui-quadrado”* (Fortin, 1999, p.290), de seguida apenas trazemos para a apresentação os dados que se evidenciaram como significativos.

Neste estudo descritivo, o teste utilizado foi o Qui-Quadrado de Pearson, pois permitiu-nos estudar a relação entre duas variáveis nominais, permitindo inferir os resultados da amostra aleatória para o universo.

No desenrolar deste estudo, procurou-se perceber se existe alguma relação entre a formação em serviço na gestão dos enfermeiros, com as várias variáveis neste estudo, tendo sido realizadas algumas questões nesse sentido.

Optou-se por relacionar a dimensão “promove a formação formal e informal da equipa” da categoria “desenvolvimento profissional” pertencente à variável “atividade do enfermeiro gestor”, por ser aquela que nos pareceu permitir ter uma maior abordagem dos processos formativos das organizações, a nível da formação em serviço e a nível legal. Na perspetiva do estudo que está a ser desenvolvido, as temáticas gestão em enfermagem e a formação em serviço, estão relacionadas com atividade do enfermeiro gestor e a categoria “desenvolvimento profissional”, tendo em consideração que este resulta de uma complexidade de aprendizagens ao longo da vida, formal através da formação contínua e informal através da aprendizagem em contexto de trabalho.

A dimensão “promove a formação formal e informal da equipa” será relacionada com outras variáveis ao longo deste estudo, no sentido de verificar se existe alguma relação significativa entre as variáveis sociodemográficas, padrões de qualidade, atividades do enfermeiro gestor e o perfil tecnológico.

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil sócio demográfico?

Analizada a distribuição dos enfermeiros que promovem a formação formal e informal na equipa, por género e idade, verificamos que não existem diferenças significativas estatísticas.

TABELA33: Distribuição do género dos enfermeiros gestores que promovem a formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Género	Feminino	0	13	47	60
	Masculino	1	6	12	19
Total		1	19	59	79

As enfermeiras gestoras (78,33%) apresentam maior incidência na promoção da formação formal e informal da equipa referindo-o que o fazem sempre, sendo que esta situação reporta-se a 63,15% nos enfermeiros gestores.

TABELA34: Distribuição das idades dos enfermeiros gestores que promovem a formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Idade	31 aos 40	0	0	1	1
	41 aos 50	1	14	26	41
	51 e mais	0	6	32	38
Total		1	20	59	80

Na tabela estão representados a distribuição das idades dos enfermeiros gestores que promovem formação, verificamos que os gestores com idades dos 41 aos 50 anos representam 63,41% dos que referem que promovem sempre, por seu lado os com mais de 51 anos sobe para 84,21% dos que promovem sempre a formação.

TABELA 35: Distribuição dos enfermeiros gestores por grau académico que promovem a formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Grau Académico	Pós graduação	1	11	16	28
	Mestrado	0	1	7	8
	Outro	0	0	1	1
	Associação de formação	0	0	1	1
	Pós graduação e outros: curso serviço saúde	0	1	1	2
	Pós graduação e mestrado	0	0	2	2
	Pós graduação; Mestrado e outros	0	0	1	1
Total		1	13	29	43

Verificamos que os enfermeiros gestores que têm pós-graduações são os que com maior frequência promovem sempre formação formal e informal.

TABELA36:Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício na área da gestão que promovem a formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Anos na área de gestão	Menos de 1 ano	0	0	1	1
	1 a 9	0	8	18	26
	10 a 19	1	9	28	38
	20 a30	0	3	12	15
Total		1	20	59	80

Os enfermeiros gestores com 10 a 19 anos de exercício (n= 28) na área de gestão são os que sempre promovem formação formal e informal.

TABELA37: Distribuição dos enfermeiros gestores por anos de exercício no atual serviço que promovem a formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Anos atual serviço	0 a 9	1	11	39	51
	10 a 19	0	6	11	17
	20 a 29	0	2	8	10
	Mais de 30	0	1	1	2
Total		1	20	59	80

Os Enfermeiros gestores com 1 a 9 anos de exercício na gestão são os que sempre promovem a formação.

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e os padrões de qualidade?

Na tentativa de responder à questão sobre a existência de diferenças entre os gestores que promovem formação e a expressão das necessidades de formação sobre os padrões de qualidade, foi utilizando o teste de Qui-Quadrado de Pearson. Verificamos que não há significância estatística em algumas relações das dimensões, na medida em que, o teste encontrado foi $p > 0,05$ entre a promoção da formação formal e informal da equipa e as componentes referentes aos padrões de qualidade.

De seguida, iremos apresentar em tabelas das dimensões que apresentaram significância estatística, isto é, com o valor de $p < 0,05$ na relação entre os gestores que promovem formação e a expressão das necessidades de formação sobre os padrões de qualidade.

TABELA 38: Relação entre os enfermeiros que identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	Nunca	0	1	2	3
	Poucas vezes	0	6	3	9
	Às vezes	1	10	31	42
	Sempre	0	2	22	24
Total		1	19	58	78

Na análise dos dados, verificamos que 22 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipe no padrão de qualidade- promoção da saúde, identificam “sempre” as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,04$).

TABELA 39: Relação entre a promoção de estilos de vida saudáveis durante o internamento pelos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	Nunca	1	2	2	5
	Poucas vezes	0	4	6	10
	Às vezes	0	9	27	36
	Sempre	0	2	22	24
Total		1	17	57	75

Analisando estes dados, verificamos que 22 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipe no padrão de qualidade- promoção da saúde, aproveitam “sempre” o internamento para promover estilos de vida saudáveis. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,003$).

TABELA 40: Relação entre a identificação dos problemas potenciais do cliente pelos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	Poucas vezes	0	1	1	2
	Às vezes	1	15	14	30
	Sempre	0	4	42	46
Total		1	20	57	78

Na análise dos dados da tabela supracitada, verificamos que 42 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipe no padrão de qualidade- prevenção de complicações, identificam “sempre” os problemas potenciais do cliente. Verificamos que há uma relação quase perfeita das dimensões ($p=0,001$).

TABELA41: Relação entre a prescrição e implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações pelos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	Poucas vezes	0	3	1	4
	Às vezes	0	11	19	30
	Sempre	0	6	37	44
Total		1	20	57	78

Na análise dos dados, verificamos que 37 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipe no padrão de qualidade- prevenção de complicações, prescrevem e implementam “sempre” intervenções com vista à prevenção de complicações. Verificamos que há uma relação significativa das dimensões ($p=0,028$).

TABELA 42: Relação entre a avaliação das intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis pelos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	Poucas vezes	0	2	0	2
	Às vezes	0	12	21	33
	Sempre	1	5	37	43
Total		1	19	58	78

Constatamos que 37 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipe no padrão de qualidade- prevenção de complicações, avaliam “sempre” as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,011$).

TABELA 43: Relação entre a demonstração do rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem	Poucas vezes	0	0	1	1
	Às vezes	0	16	25	41
	Sempre	1	3	32	36
Total		1	19	58	78

Na análise dos dados, verificamos que 32 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- prevenção de complicações, demonstram “sempre” o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem avaliação das intervenções. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,011$).

TABELA 44: Relação entre a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que os enfermeiros delegam e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam	Poucas vezes	0	4	0	1
	Às vezes	0	13	32	46
	Sempre	0	3	26	29
Total		1	20	58	79

Na análise dos dados, verificamos que 26 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- prevenção de complicações, supervisionam “sempre” as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que os enfermeiros delegam. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,003$).

TABELA 45: Relação entre a identificação dos problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida	Nunca	0	0	2	2
	Poucas vezes	0	0	3	3
	Às vezes	1	15	20	36
	Sempre	0	4	34	38
Total		1	19	59	79

Verificamos que 34 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- o bem-estar e o autocuidado, identificam “sempre” os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,039$).

TABELA 46: Relação entre a avaliação das intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	Nunca	0	0	1	1
	Poucas vezes	0	3	3	6
	Às vezes	1	14	22	37
	Sempre	0	2	33	35
Total		1	19	59	79

Analisando os dados, verificamos que 33 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percebem que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- o bem-estar e o autocuidado, avaliam “sempre” as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,026$).

TABELA 47: Relação entre a referenciação de situações problemáticas e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os Enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	Poucas vezes	0	0	5	5
	Às vezes	0	17	25	42
	Sempre	1	1	29	31
Total		1	18	59	78

Analisando os dados, verificamos que 29 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percebem que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- o bem-estar e o autocuidado, referenciam “sempre” situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,002$).

TABELA 48: Relação entre a continuidade que os enfermeiros dão ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	Nunca	0	1	0	1
	Poucas vezes	0	0	2	2
	Às vezes	1	11	12	24
	Sempre	0	7	44	51
Total		1	19	58	78

Analisando os dados, verificamos que 44 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percebem que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- a readaptação funcional, dão continuidade “sempre” ao processo de prestação de cuidados de enfermagem. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,015$).

TABELA 49: Relação entre o ensino, instrução e treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional pelos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	Nunca	0	1	2	3
	Poucas vezes	0	2	4	6
	Às vezes	0	13	14	27
	Sempre	1	3	38	42
Total		1	19	58	78

Analisando os dados, verificamos que 38 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e percecionam que os enfermeiros da sua equipa no padrão de qualidade- a readaptação funcional, ensinam, instruem e treinam “sempre” o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,014$).

Em **síntese**, podemos afirmar que há uma relação significativa nos padrões de qualidade e a promoção da formação formal e informal dos enfermeiros gestores, sendo de salientar:

Na satisfação do cliente, não se verificou nenhuma relação significativa nas três dimensões: demonstração de respeito dos enfermeiros pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam; os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente /doente/família e os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.

Na promoção da saúde, apenas uma dimensão não apresentou relação significativa: os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

Na prevenção de complicações, das sete dimensões estudadas, não se verificaram relação significativa apenas em duas: os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais e os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

No bem-estar e o autocuidado, das seis dimensões estudadas, metade não apresentaram relação significativa: os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes; os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

Na readaptação funcional, das quatro dimensões estudadas, metade não apresentaram relações significativas: enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade e os enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.

Na **organização dos cuidados de enfermagem**, não se verificou relação estatística em nenhuma das duas dimensões estudadas: os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem e os enfermeiros conhecem as políticas do hospital.

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e as suas atividades de gestão?

Na mesma lógica, iremos agora apresentar as diferenças significativas entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal da equipa e as suas atividades de gestão.

TABELA 50: Relação entre a discussão com os enfermeiros de decisões sobre os cuidados e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	Às vezes	1	11	12	24
	Sempre	0	9	46	55
Total		1	20	58	79

Na análise da tabela anterior verificamos que 46 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção da gestão de cuidados e discutem “sempre” com os enfermeiros as decisões sobre os cuidados. Verificamos que há uma relação significativa entre as duas dimensões ($p=0,005$).

TABELA 51: Relação entre a discussão com os enfermeiros decisões sobre os cuidados e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Acompanha a execução e cuidados de forma planeada	Poucas vezes	1	0	2	3
	Às vezes	0	12	32	44
	Sempre	0	8	23	31
Total		1	20	57	78

Na relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que acompanham a execução e cuidados de forma planeada na área de intervenção da gestão de cuidados, verificamos uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 52: Relação entre a previsão dos meios e recursos necessários à prestação de cuidados e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	Poucas vezes	0	0	1	1
	Às vezes	1	11	8	20
	Sempre	0	8	49	57
Total		1	19	58	78

Na análise dos dados da tabela supracitada, verificamos que 49 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção da gestão de cuidados prevêm e asseguram “sempre” os meios e recursos necessários à prestação de cuidados. Verificamos que há uma relação quase perfeita das dimensões ($p=0,001$).

TABELA53: Relação entre a discussão do risco face aos cuidados e condições de serviço e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições de serviço	Às vezes	1	11	16	28
	Sempre	0	9	42	51
Total		1	20	58	79

Na análise da tabela anterior verificamos que 42 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa ena área de intervenção da gestão de cuidados, discutem “sempre” os riscos dos doentes face aos cuidados e condições de serviço. Verificamos que há uma relação significativa entre as duas dimensões ($p= 0,035$).

TABELA54: Relação entre a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	Às vezes	0	9	4	13
	Sempre	1	11	54	66
Total		1	20	58	79

Verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$) entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes, na área de intervenção da gestão de cuidados.

TABELA55: Relação entre análise e avaliação da qualidade dos cuidados e o incremento medidas corretivas e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e incrementa medidas corretivas	Poucas vezes	0	1	1	2
	Às vezes	0	14	17	31
	Sempre	1	5	41	47
Total		1	20	59	80

Na análise dos dados, verificamos que 41 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção da gestão de cuidados, analisam e avaliam “sempre” a qualidade dos cuidados e incrementam medidas corretivas. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,012$).

TABELA56: Relação entre elaboração, aplicação, avaliação e atualização de procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material	Poucas vezes	0	1	1	2
	Às vezes	0	16	20	37
	Sempre	0	3	36	39
Total		1	20	57	78

Na análise dos dados da tabela supracitada, verificamos que 36 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção da gestão de cuidados, elaboram, aplicam e avaliam e atualizam “sempre” os procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. Verificamos que há uma relação quase perfeita das dimensões ($p=0,005$).

TABELA57: Relação entre a contribuição para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	Poucas vezes	0	1	2	3
	Às vezes	0	12	4	16
	Sempre	1	7	53	61
Total		1	20	59	80

Na relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que contribuem para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade, na área da intervenção da gestão de cuidados há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA58: Relação entre a garantia de ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	Poucas vezes	0	1	0	1
	Às vezes	0	16	18	34
	Sempre	1	3	41	45
Total		1	20	59	80

Quando estudamos a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que garantem ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas, na área de intervenção da gestão de cuidados, verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA59: Relação entre a gestão das situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa	Nunca	0	0	1	1
	Poucas vezes	0	3	1	4
	Às vezes	1	11	15	27
	Sempre	0	6	42	48
Total		1	20	59	80

Na análise dos dados, verificamos que 42 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa na área de intervenção da gestão de cuidados, gerem “sempre” as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,015$).

TABELA 60: Relação entre a avaliação do desempenho dos enfermeiros e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Avalia o desempenho dos enfermeiros	Nunca	1	0	1	2
	Poucas vezes	0	0	1	1
	Às vezes	0	6	5	11
	Sempre	0	13	51	64
Total		1	19	58	78

Ao estudar a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que avaliam o desempenho dos enfermeiros na área de intervenção de gestão de recursos humanos, verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 61: Relação entre a coordenação do processo de integração dos colaboradores assumindo um papel de referência e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência	Às vezes	1	9	12	22
	Sempre	0	11	46	57
Total		1	20	58	79

Analisando os dados, verificamos que 46 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de gestão de recursos humanos, coordenam “sempre” o processo de integração dos colaboradores e assumem um papel de referência. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,030$).

TABELA 62: Relação entre o cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços	Nunca	0	0	2	2
	Às vezes	1	9	9	19
	Sempre	0	10	39	49
Total		1	19	50	70

Na análise dos dados, verificamos que 39 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de gestão de recursos humanos, calculam “sempre” as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. Verificamos que a relação entre as duas variáveis se encontra com um teste muito tangencial na relação entre as dimensões ($p=0,058$).

TABELA63: Relação entre a afetação dos enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários	Nunca	1	1	9	11
	Poucas vezes	0	0	1	1
	Às vezes	0	11	10	21
	Sempre	0	6	35	41
Total		1	18	55	74

Na análise dos dados, verificamos que 35 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa na área de intervenção de gestão de recursos humanos, afetam “sempre” os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários, no entanto, verificamos que 9 dos gestores que promovem “sempre” a formação respondem que “nunca” afetam os enfermeiros. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,006$).

TABELA64: Relação entre a criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflito e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos	Às vezes	0	9	9	18
	Sempre	1	11	50	62
Total		1	20	59	80

Analisando os dados, verificamos que 50 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de gestão de recursos humanos, criam, mantêm e desenvolvem “sempre” a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,020$).

TABELA65: Relação entre a distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	Nunca	1	0	2	3
	Às vezes	0	10	7	17
	Sempre	1	10	48	58
Total		1	20	57	78

Quando estudada a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que distribuem os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes, na área de intervenção de gestão de recursos humanos, verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA66: Relação entre a promoção do empenhamento e a motivação da equipa e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)	Às vezes	0	11	13	24
	Sempre	1	9	45	55
Total		1	20	58	79

Analisando os dados, verificamos que 45 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de gestão de recursos humanos, promovem “sempre” o empenhamento e a motivação da equipa (visão global). Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,019$).

TABELA67: Relação entre a garantia de mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	Às vezes	1	12	19	32
	Sempre	0	8	40	48
Total		1	20	59	80

Analisando os dados, verificamos que 40 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de gestão de recursos humanos, garantem “sempre” mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,042$).

TABELA68: Relação entre a atuação como formador na equipa multi e intra disciplinar e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	Poucas vezes	0	2	0	2
	Às vezes	0	15	33	48
	Sempre	1	3	26	30
Total		1	20	59	80

Verificamos que há uma relação significativa ($p=0,018$), entre as dimensões formação formal e informal da equipa e atuação como formador na equipa multi e intradisciplinar, na área de intervenção de gestão de recursos humanos, em que 26 dos gestores que promovem sempre a formação consideram que atuam “sempre” como formador.

TABELA69: Relação entre a promoção e avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	Nunca	1	0	1	2
	Poucas vezes	0	3	2	5
	Às vezes	0	12	29	41
	Sempre	0	5	26	31
Total		1	20	58	79

Na relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que promovem e avaliam a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores, na área de intervenção de gestão de recursos humanos, verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 70: Relação entre a criação e manutenção das condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	Às vezes	0	9	9	18
	Sempre	1	11	50	62
Total		1	20	59	80

Ao analisar os dados, verificou-se que 50 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e criam e mantêm “sempre” as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa, na área de intervenção de gestão de recursos humanos. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,020$).

TABELA 71: Relação entre a conceção e operacionalização de projetos no serviço e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais	Poucas vezes	0	6	4	10
	Às vezes	1	10	23	34
	Sempre	0	4	31	35
Total		1	20	58	79

Verificou-se relação significativa entre as dimensões ($p=0,019$) em que 31 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na sua área de intervenção, de intervenção política e assessoria, concebem e operacionalizam “sempre” projetos no serviço, implicando-se e implicando a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.

TABELA 72: Relação entre adaptação dos recursos materiais às necessidades e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício	Às vezes	0	9	4	13
	Sempre	1	10	54	65
Total		1	19	58	78

Quando estudamos a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que adaptam os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício na competência de intervenção política e assessoria, verificou-se uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 73: Relação entre a promoção da enfermagem baseada na evidência e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Promove a enfermagem baseada na evidência	Nunca	1	0	1	2
	Poucas vezes	0	1	1	2
	Às vezes	0	17	13	30
	Sempre	0	2	44	46
Total		1	20	59	80

Na relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que promovem a enfermagem baseada na evidência, na área de intervenção de desenvolvimento profissional, verificou-se uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 74: Relação entre a estimulação dos enfermeiros à auto-formação e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Estimula os enfermeiros à auto-formação	Às vezes	1	10	7	17
	Sempre	1	7	52	60
Total		1	17	59	77

Ao estudarmos a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que estimulam os enfermeiros à auto-formação, na área de intervenção de desenvolvimento profissional, observamos que 52 gestores o fazem “sempre”, verificamos que há uma relação perfeita ($p=0,000$).

TABELA 75: Relação entre a proporcionalização de espaços de reflexão sobre as práticas e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	Nunca	0	0	1	1
	Poucas vezes	0	2	1	3
	Às vezes	0	16	26	42
	Sempre	1	2	31	34
Total		1	20	59	80

Na análise dos dados, verificamos que 31 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e na área de intervenção de desenvolvimento profissional, proporcionam “sempre” espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,025$).

Em **síntese**, sobre as atividades de gestão e as dimensões do enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal, de referir:

Na **prática profissional, ética e legal** das 4 dimensões estudadas não se verificou relação significativa: preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes; discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe; controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente e garante condições legais para os cuidados e exercício profissional.

Na **gestão de cuidados**, das 14 dimensões estudadas, apenas 4 não apresentaram relações significativas: promove a tomada de decisão clínica; garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão; orienta cuidados de maior complexidade e desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.

Na **gestão de recursos humanos**, das 14 dimensões estudadas, apenas 3 não apresentaram relações significativas: promove reuniões com os enfermeiros; assiste à passagem de turno; assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio.

Na **intervenção política e assessoria**, das 6 dimensões estudadas, 4 não apresentaram relações significativas: participa no planeamento estratégico do serviço; participa no planeamento estratégico do serviço; elabora relatórios de serviço e participa em grupos de trabalho e comissões na área de gestão de risco clínico e não clínico.

No **desenvolvimento profissional**, das 4 dimensões estudadas, todas apresentaram relação significativa, uma delas refere-se à formação formal e informal da equipa, que se encontra a ser cruzada.

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil tecnológico?

Na sequência das questões anteriores, continuamos a recorrer ao teste de Qui-Quadrado de Pearson, para respondermos a esta questão, no sentido de perceber se existiam diferenças significativas entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal e as estratégias de gestão com recurso às TIC, apresentando em tabelas os dados que apresentaram diferenças estatísticas.

Embora tenhamos feito a avaliação das TIC considerando as de conhecimento mais comum na nossa análise e depois de verificado a estatística descritiva, apresentaremos apenas aquelas que os gestores consideraram que podem ser utilizadas na gestão, as que existem nas instituições de onde decorre a amostra e as que utilizam no exercício da gestão em enfermagem. Assim, as TIC que iremos estudar serão: correio electrónico, intranet, sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), sistema internacional (SISQUAL), boletim informativo, sistema de apoio ao médico (SAM) e gestão hospitalar de armazém e farmácia (GHAF). De seguida, iremos apresentar a tabela.

TABELA76: Relação entre a estratégia de gestão com recurso à TIC - SAM e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Estratégia de gestão com recurso à TIC - SAM	Recursos que podem ser utilizados	1	2	0	3
	Recursos tecnológicos existentes na instituição	0	4	10	14
	Recursos tecnológicos que podem ser utilizados e existem na instituição	0	2	10	12
	Recursos tecnológicos existentes e utilizados na instituição	0	0	1	1
	Todas	0	6	24	30
Total		1	14	45	60

Analisando os dados, verificamos que 24 dos gestores promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e consideram o SAPE uma estratégia de gestão, que pode ser utilizado, que existe na instituição e que é utilizado na gestão. Verificamos que há uma relação significativa entre as dimensões ($p=0,002$).

TABELA77: Relação entre a utilidade do SAPE e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Como classifica a utilidade do SAPE	Inútil	0	1	0	1
	Pouco útil	0	0	2	2
	Útil	0	2	5	7
	Muito útil	0	16	50	66
	Desconhece	1	0	0	1
Total		1	19	57	77

A relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que consideram o SAPE um recurso tecnológico com utilidade é uma relação perfeita ($p=0,000$). Verificamos que 50 dos gestores que promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa, consideram o SAPE muito útil como estratégia de gestão.

TABELA 78: Relação entre a utilidade do SAM e a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Como classifica a utilidade do SAM	Inútil	0	3	0	3
	Pouco útil	0	4	3	7
	Útil	0	4	12	16
	Muito útil	0	5	27	32
	Desconhece	1	0	0	1
Total		1	16	42	59

O SAM, como estratégia de gestão apresenta uma relação perfeita ($p=0,000$) entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que consideram o como recurso tecnológico com utilidade. Verificamos que 27 dos gestores que promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa consideram o SAM muito útil.

À semelhança da questão anterior, na relação entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal e a dimensão relacionada com a **classificação quanto à facilidade de utilização** dos recursos tecnológicos, para o exercício das funções de gestão.

TABELA79: Relação entre a facilidade da utilização do SAPE a promoção da formação

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Como classifica a facilidade de utilização do SAPE	Nada fácil	0	1	2	3
	Pouco fácil	0	0	1	1
	Fácil	0	5	15	20
	Muito fácil	0	12	38	50
	Desconhece	1	0	0	1
Total		1	18	56	75

A relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que consideram o SAPE como recurso tecnológico com facilidade de utilização, é uma relação perfeita ($p=0,000$). Verificamos que 38 dos gestores que promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa consideram o SAPE muito fácil de utilizar.

TABELA 80: Relação entre a a promoção da formação e a facilidade da utilização do SAM

Promove a formação formal e informal da equipa		Poucas vezes	Às vezes	Sempre	Total
Como classifica a facilidade de utilização do SAM	Nada fácil	0	2	1	3
	Pouco fácil	0	4	3	7
	Fácil	0	4	9	13
	Muito fácil	0	4	26	30
	Desconhece	1	0	0	1
Total		1	14	39	54

A relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal da equipa e os que consideram o SAM como recurso tecnológico com facilidade de utilização é uma relação perfeita ($p=0,000$). Verificamos que 26 dos gestores que promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa, consideram o SAM muito fácil de utilizar como estratégia de gestão.

Em **síntese no estudo das relações**, e ao analisarmos os dados referentes à relação entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal e os padrões de qualidade, as atividades do gestor e o perfil tecnológico, verificamos as seguintes relações significativas:

A **promoção da saúde**: os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade e os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis.

A **prevenção de complicações**: os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente; os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações; os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem e os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam

O **bem-estar e o autocuidado**: os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes; os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

A **readaptação funcional**: os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Na **organização dos cuidados de enfermagem**, não se verificou relação estatística em nenhuma das duas dimensões estudadas: os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem e os enfermeiros conhecem as políticas do hospital.

De seguida apresentamos as relações significativas entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal e as suas atividades.

A **gestão de cuidados**: discute com os enfermeiros decisões sobre os cuidados; acompanha a execução e cuidados de forma planeada; prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados; discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições de serviço; toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes; analisa e avalia a qualidade e incrementa medidas corretivas; elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e material; contribui para o desenvolvimento de boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade; garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.

A **gestão de recursos humanos**: avalia o desempenho dos enfermeiros; coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência; calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços; afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas dos cuidados necessários; cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos; distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes; promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global); garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores; atua como formador na equipa multi e intra disciplinar; promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores e cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa.

A **intervenção política e assessoria**: concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais; adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.

No **desenvolvimento profissional**: promove a enfermagem baseada na evidência e estimula os enfermeiros à auto-formação.

Na relação entre o enfermeiro gestor que promove a formação formal e informal, e perfil tecnológico, salientamos que o SAM foi a TIC que apresentou significância estatística nas **estratégias de gestão com recurso às TIC**; na **classificação quanto à utilidade** dos recursos tecnológicos, para o exercício das funções de gestão, os recursos tecnológicos que apresentam relação significativa, são o SAPE e SAM; quanto à **facilidade de utilização dos recursos tecnológicos**, apenas o SAPE e SAM apresentaram relação significativa.

5. DISCUSSÃO DOS DADOS

No confronto dos resultados com outros autores podemos considerar que os resultados encontrados apresentam diferenças e semelhanças, pelo que vamos organizar este capítulo seguindo as perguntas de investigação, refletindo no problema da gestão dos enfermeiros e a formação em serviço considerando as tecnologias de informação.

A discussão dos resultados é uma das fases do processo de investigação decisiva, pois permite analisar os dados obtidos do estudo e enquadrá-los em conceitos e/ou resultados de trabalhos de investigação de forma a enriquecer os conhecimentos sobre o estudo.

Segundo refere Fortin (2009), *“A interpretação dos resultados é considerada uma das etapas mais difícil do relatório de investigação, pois implica uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação”* (p.477).

Em termos gerais, através dos resultados obtidos, podemos afirmar que a gestão em enfermagem e a formação em serviço apresentam relações significativas quando relacionadas com os padrões de qualidade e as tecnologias de informação e comunicação. Para melhor explicitar a problemática, vamos responder às perguntas de investigação e confrontar com os autores existentes.

Quais as características sociodemográficas dos enfermeiros gestores?

Neste estudo, podemos constatar que os enfermeiros gestores da nossa amostra, são predominantemente do sexo feminino, com cerca de 74,7%, enquanto a percentagem do sexo masculino se ficaram pelos 22,9%. Esta situação está refletida na história de enfermagem desde Collière (1989) que referia que os cuidados de enfermagem estavam associados à mulher, nos estudos de Araújo (1995), que referia que os estereótipos de feminilidade (serviço, caridade, dedicação e obediência) marcaram o desenvolvimento da profissão e nos estudos de Menoita (2011), Fernandes e colaboradores (2010), Loureiro et al (2007) e também da realidade nacional, validada pelos dados estatísticos da OE publicados no site em janeiro 2014 de todos os enfermeiros (81,6% sexo feminino e 18,3% do sexo masculino), sendo de salientar que nesta amostra sobem os homens em relação à percentagem de registo nacional dos enfermeiros e descem as mulheres, recordamos que são enfermeiros da área da gestão.

Em relação aos grupos etários dos enfermeiros gestores, não encontramos dados comparativos, contudo nesta amostra, como já referido a faixa etária mais representativa é 41 e 50 anos com 50,6%.

Em relação às variáveis: **anos de exercício profissional, tempo de exercício profissional na área de gestão e anos de exercício profissional no atual serviço**, a maioria dos enfermeiros gestores não se encontram muito tempo no mesmo serviço. Com a aplicação da nova legislação (Decreto-lei nº247/2009 e Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro) a integração de enfermeiro principal poderá ocorrer alterações a nível profissional e institucional com vista à formação e renovação de quadros ao nível da gestão em saúde.

Relativamente às **habilitações académicas**, cerca de metade dos enfermeiros gestores, detêm maioritariamente pós-graduações em áreas específicas, sendo que mais de um quarto apresentam Mestrado. Estes resultados vão de encontro ao esperado, pois em Portugal para o exercício profissional de enfermagem é necessário o grau académico de Licenciatura, sendo estes dados comuns em outros estudos encontrados (Fernandes et al, 2010; Martins et al, 2006). Existe uma tendência dos enfermeiros para a procura do conhecimento através da formação, sendo a área da gestão fundamental para alcançar os objetivos quer pessoais quer organizacionais, dando cumprimento aos critérios cumulativos de nomeação para admissão à categoria de enfermeiro principal (Decreto-lei nº248/2009 art. 18º; Firmino, 2010; Castro et al, 2011).

A maioria dos enfermeiros gestores é detentor de especialidade, e a de maior incidência é a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; seguida da Enfermagem de Reabilitação.

Quais as necessidades de formação mais evidenciadas em relação com os Padrões de Qualidade?

Neste estudo, procuramos identificar quais as necessidades de formação que os enfermeiros gestores percecionam da sua equipa em relação aos padrões de qualidade.

Sobre a **satisfação do cliente**, constatou-se que na opinião dos participantes mais de metade dos enfermeiros demonstram sempre respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam, de acordo com Código Deontológico de enfermagem, estão definidos os princípios de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas crenças, religiões de forma a garantir boas práticas do exercício profissional dos enfermeiros o que seria desejável uma maior incidência desta opinião manifestando-se assim uma área a considerar na formação.

O que está preconizado na OE “ *a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados*”

(OE, 2005, p.52). Esta ideia é corroborada por outros autores que comprovaram nos seus estudos que os recursos humanos de uma instituição de saúde, exercem elevada influência nos cuidados de saúde, nomeadamente na percepção de satisfação dos clientes (Jonhansson, Oléni, Fridlund, 2002). Silva (2013) no seu estudo, também concluiu que a satisfação global com os cuidados foi positiva, verificando-se níveis elevados de satisfação, ressaltando que uma das várias justificações se permeia com o elevado tempo que os enfermeiros passam com os clientes na instituição.

A empatia faz parte da natureza dos cuidados, sendo que o conceito de empatia já foi abordado no século XIX (Falcone et al., 2008) e tem vindo a ser aprofundado nomeadamente na relação entre enfermeiro/cliente/convivente significativo.

Segundo Cormier, Nurius & Osborn (2009) referem a importância de conhecer os sentimentos e emoções para promover a empatia e na nossa amostra verificamos que os enfermeiros procuram constantemente a empatia nas interações com o cliente (doente/família) na opinião de 42,2% dos gestores ocorre no sempre, o que evidencia outra área de formação. Autores, como Abreu (1994) e Colliere (1999), referem que o desenvolvimento de competências no âmbito da relação é a essência da prestação dos cuidados, pois o cuidar está ligado à relação terapêutica, assente em princípios de respeito pelos outros, crenças, valores, religiões, e outros previstos no Código Dentológico.

Apreciando o envolvimento dos enfermeiros com os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados a representação do sempre situa-se nos 32,5 % o que demonstra ficar aquém do esperado, e vem a ser constatado pelo autor Martins (2011) que realizou um estudo com 533 estudantes universitários onde verificou que factor cognitivo e afetivo da empatia não apresentavam diferenças significativas entre os cursos de psicologia, serviço social, enfermagem e medicina veterinária. Os cursos de serviço social, enfermagem e medicina veterinária apresentam igualmente valores médios superiores quando comparados com estudantes de engenharia civil.

Sobre a **promoção da saúde**, e considerando Guadalupe (2013) onde reitera que os profissionais se preocupam para além da simples mobilização de instrumentos para realização das atividades técnicas, para se dirigirem para a promoção da saúde, verificamos que os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade sendo que neste estudo apenas 30,1% dos gestores considera que os enfermeiros o fazem sempre, ficando muito aquém do esperado. No estudo de Silva et al (2008), foram reafirmadas as necessidades de mudança na área da promoção da saúde, sendo importante para a sua concretização, considerar a construção de políticas públicas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida, assim como criar estratégias de renovação das práticas de saúde coletiva.

Em relação ao aproveitamento do internamento para promover estilos de vida saudáveis verificamos que a representação da opinião dos gestores no sempre situa-se nos 28,9%, o que

denota elevada necessidade de formação nesta área. O PNS 2011-2016 prevê que uma das áreas de intervenção será a promoção de estilos de vida saudáveis, Varela (2007), no seu estudo já previa que é uma estratégia eficaz, em que cada indivíduo deve ter uma vida socialmente produtiva e assumir ele próprio o controlo da sua saúde.

Os gestores responderam que os enfermeiros fornecem sempre em 31,3% informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, mantendo-se a percentagem muito aquém do esperado. Os autores Costa e Silva (2004) demonstram nas evidências dos seus estudos que ainda existe uma elevada cultura voltada para os cuidados “curativos”, estando a produção de conhecimento e de informação da dimensão da qualidade de vida, distante e mesmo indiferente dos enfermeiros a nível da promoção de saúde.

Este padrão vem descrito pela OE (2002) como sendo prioritário no âmbito da promoção do máximo potencial de saúde descrito na proposta de regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar (2011) e no PNS(2011-2016). Nos cuidados de enfermagem, a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, têm um especial enfoque para a OE (2004).

Sobre a **prevenção de complicações** e a perceção de necessidade de formação, verificamos que as respostas dos enfermeiros gestores foram um pouco mais elevadas, no entanto, a maior percentagem no sempre foi na identificação dos problemas potenciais do cliente pelos enfermeiros apenas por 55,4% dos gestores. Verificamos algum grau de concordância na opinião dos gestores, tendo em consideração que cerca de metade dos gestores considera que os enfermeiros prescrevem e implementam sempre intervenções com vista à prevenção de complicações, e na mesma percentagem avaliam sempre as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis. Menezes e Gobbi (2010), no seu artigo de revisão reforçaram a ideia que no caso da prevenção de complicações a educação em saúde é essencial.

O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, na opinião de menos de metade dos gestores é realizado sempre, o que denota que deverá existir um maior investimento nesta área de formação. A referenciação de situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais, na opinião de mais de um quarto dos gestores é realizada sempre. Verificamos que 34,9% dos gestores considera que os enfermeiros supervisionam sempre as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam. Estes resultados estão aquém do que se esperava, conforme refere os autores Moura et al (2014), que no seu estudo os resultados são concordantes na dificuldade na referenciação dos clientes para outras unidades de cuidados continuados, segundo Matheus (1995, p.13) refere que *“hoje não se concebe mais um profissional que trabalhe sozinho. Na estrutura social moderna, um indivíduo depende do outro para o desempenho das suas tarefas, que, geralmente são*

especializadas". Neste estudo verificaram que a maioria dos profissionais em estudo não sentiu que existe resistência em referenciar clientes por parte de outros elementos da equipa de saúde.

Por último, mais de metade dos gestores consideram que os enfermeiros demonstram sempre responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. Estes resultados estão evidenciados no projeto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde (2008), em que se verificou que 21 instituições deram grande ênfase a este padrão, com a monitorização de indicadores tais como (úlceras de pressão, dor, quedas, adesão regime terapêutico, e envolvimento do convivente significativo, entre outras...), no entanto, consideramos que é necessário maior investimento de formação na prevenção de complicações.

Relativamente ao **bem estar e autocuidado**, a perceção do enfermeiro gestor sobre as necessidades de formação reporta-se a considerar que apenas 45,8% dos participantes consideram que os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida o fazem sempre, aumentando a frequência do sempre para 48,2% quanto à prescrição e implementação de intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, vindo depois a decrescer o sempre para os 42,2% para os enfermeiros que avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

Esta situação está refletida no processo de enfermagem, que deve estar presente sempre em toda a atividade dos enfermeiros, ou seja, mediante a identificação dos diagnósticos de enfermagem, os enfermeiros podem propor intervenções fundamentadas e específicas, proporcionando a implementação de intervenções eficazes e imediatas para a resolução dos problemas identificados. Esta ideia está evidenciada na avaliação dos resultados no estudo de Benedet e Silva (2012), com 10 doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos, que verificaram que todas as intervenções de enfermagem realizadas visaram à manutenção e melhoria da qualidade de vida dos clientes, do bem-estar e a prevenção de complicações.

Este dado é observado no estudo de Carvalho e Kusumota (2009) quando refere que o processo de enfermagem é a sistematização da assistência de enfermagem, que vislumbra novos desafios na prestação de melhores cuidados com utilização de métodos, procedimentos e instrumentos válidos, raciocínio de diagnóstico e terapêutico clínico, adotando terminologias para fenómenos de enfermagem e desenvolvimento de intervenções de acordo com os resultados. Ressalta ainda a importância da inovação tecnológica como apoio ao processo de enfermagem.

Na demonstração de rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes, menos de metade dos gestores reportam o sempre, o que vem reforçar a necessidade de formação nesta área, à semelhança da prevenção de complicações.

De referir que na perceção de quase metade dos gestores, considera que os enfermeiros demonstram sempre responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam, sendo que apenas mais de um quarto referenciam sempre situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das actividades de vida dos clientes, Menoita (2011), verificou que a competência “tomar decisões”, teve a média mais elevada no seu estudo.

Sobre a **readaptação funcional**, na generalidade, pode-se constatar que os gestores consideram que os enfermeiros da sua equipa, na sua maioria dão sempre continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, à semelhança de metade dos gestores reportam que os enfermeiros ensinam, instruem e treinam sempre o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. Verificamos no entanto, que esta frequência está um pouco aquém do esperado, sendo uma área de formação a investir. Os estudos de Gomes (2011) e Silva (2013) são consistentes nestes resultados nomeadamente nos cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação. Segundo Menoita (2011), *“os enfermeiros, ajudam a pessoa/comunidade na gestão de recursos para lidar com os desafios de saúde, promovendo aprendizagem de forma a aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários”* (p.84).

Sobre o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade, as respostas reportam-se ao sempre em quase metade da opinião dos gestores. De salientar que 3,6% respondeu que nunca planeiam a alta, que poderá decorrer de alguns gestores não estarem a exercer funções em unidades de internamento, como é exemplo o Bloco Operatório e Central de Esterilização. Pinhão (2012), no seu estudo ressaltou a importância da preparação para a alta no momento da admissão hospitalar e evidenciou o papel ativo do cuidador informal na prestação de cuidados, favorecendo à continuidade dos cuidados no domicílio.

No que se refere à otimização dos enfermeiros das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico, verificamos que quase metade dos gestores reporta a sua resposta ao sempre, no entanto, consideramos fundamental promover os processos de readaptação após a doença e adaptação funcional aos défices, ideia que é consistente por Menoita (2011) e Gomes (2011).

A readaptação funcional é de grande relevância e investimento da formação, pois a nível social e económico a continuidade dos cuidados e a integração do cliente na comunidade deve ser o mais precoce possível, sendo a preparação para a alta, a referenciação para outras instituições e o ensino ao cliente e conviventes significativos fundamental desde a admissão no internamento.

Sobre a **organização dos cuidados de enfermagem**, foram abordadas duas questões, uma sobre o domínio dos enfermeiros no sistema de registo de enfermagem e a segunda sobre o

conhecimento das políticas do hospital. Na globalidade, mais de metade dos gestores consideram que os enfermeiros dominam sempre o sistema de registos, o que está referenciado nos estudos desde Florence Nightingale até aos estudos de Figueiroa Rêgo (2003) e Pinto (2010), que salientam a importância de registos/documentação em enfermagem no âmbito legal, na promoção da continuidade dos cuidados, da produção de documentação das intervenções nos cuidados, avaliação e otimização da gestão dos serviços, favorecendo à investigação de enfermagem (indicadores de gestão).

Relativamente ao conhecimento das políticas do hospital, mais de um quarto dos gestores reporta que conhecem sempre, o que denota que é uma área de formação a investir, pois as políticas hospitalares orientam o caminho que se pretende para atingir a melhoria da qualidade dos cuidados. Serrano et al (2011) salientam que a organização dos cuidados da equipa de saúde é relacionada com processos de supervisão, sendo a enfermeira chefe o elemento de referência, que deve evidenciar conhecimento das políticas de organização. Esta ideia é partilhada por Sartoreto (2013), quando no seu estudo conclui que o geranciamento e alocação de pessoal adequada traduz satisfação dos profissionais, enquanto que as mudanças políticas, a falta de planeamento e de organização e as normas fora da realidade provocam insatisfação.

Também Simão (2013), considera que constitui valor para a organização de cuidados a preparação para a alta, em que os enfermeiros em colaboração, atingem os objetivos institucionais.

Podemos afirmar que os padrões que preocupam mais os enfermeiros gestores são: a promoção da saúde, a readaptação funcional, seguindo o bem-estar e o autocuidado e a prevenção de complicações, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente, garantindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Quais as atividades dos enfermeiros gestores mais frequentes?

Sobre a **prática profissional, ética e legal** e as suas necessidades de formação, verificamos que mais de três quartos dos gestores considera que se preocupa sempre com os valores dos enfermeiros, e controlam sempre o respeito pela privacidade e individualidade do doente, vindo depois a decrescer o sempre as condições legais e exercício profissional. Komatsu e al (2011), no seu trabalho ressaltam a importância da ética na política da organização, cujos valores são imprescindíveis para o seu desenvolvimento. Salientam ainda, que na gestão a tomada de decisão com responsabilidade implica conhecimento da situação, dos valores e crenças, das normas jurídicas e código de ética profissional.

A opinião dos gestores sobre a discussão de questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa situa-se em metade dos participantes o que está aquém do esperado, pois esta situação está refletida no Código Deontológico dos enfermeiros, no seu artº 81, sobre os valores

humanos, *“devendo respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer”*. Este princípio deve estar sempre presente em toda a atividade do enfermeiro gestor, demonstrando assim uma forte necessidade de fazer formação nesta área.

Na **gestão de cuidados** e as necessidades de formação dos gestores, verifica-se que na maioria das respostas os participantes consideraram que realizam sempre entre 47% e 79,5%, exceto na questão que garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, em que se observou um decréscimo na opinião para menos de metade, que reflete um maior investimento de formação nesta área. Segundo Baumann et al (2001) as dotações seguras são fundamentais para ambientes seguros, a ICN (2007) reforça a importância de garantir as necessidades dos cuidados dos doentes, mantendo ambiente ausente de perigos. Também Santos (2013), refere a importância dos enfermeiros realizarem registos o mais completo possível, pois dotações inadequadas podem atingir proporções graves tanto para quem cuida como para quem é cuidado. Perante as circunstâncias da sociedade atual e a escassez de recursos, a OE (2014), publica as orientações para garantir as dotações seguras nas instituições hospitalares.

Na tomada de decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes, constatou-se que três quartos dos gestores consideraram que o fazem sempre, resultados comparáveis com o estudo de Menoita (2011) e de Peres e Ciampone (2006), que ressaltou a importância do trabalho dos profissionais ser baseado nas evidências científicas e a tomada de decisão estar fundamentada numa maior eficácia e relação de custo- efetividade.

Na opinião de quase três quartos estes contribuem sempre para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade, depois com ligeiro decréscimo mais de metade dos gestores reporta que prevê e assegura sempre os meios e recursos necessários à prestação de cuidados, 62,7% discute sempre os riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço. Relativamente à discussão dos gestores com os enfermeiros e considerando as decisões sobre cuidados; promoção da tomada de decisão clínica e acompanha a execução de cuidados de forma planeada, gestão das situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa. Garantir ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade são dados que os estudos de Santos (2008), Menezes (2010) e Augusto (2013) também apresentam. Concordamos com este último, quando refere no seu estudo, que uma das competências interpessoais do enfermeiro gestor é desenvolver uma cultura orientada para equipa, dando-lhe valor, mas também garantir a segurança.

De forma crescente, a opinião dos gestores sobre a sua necessidade de formação, reflete-se no sempre em menos de metade na elaboração, aplicação, avaliação e atualização sempre de

procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material, aumentando para a resposta de orientaçãodos cuidados de maior complexidade, da análise e avaliação da qualidade dos cuidados vindo a aumentar para mais de metade na e implementação de medidas corretivas. Estes resultados nesta atividade de gestão de cuidados poderão ser os que requerem maior investimento na formação.

Na análise na categoria **gestão de recursos humanos**, verifica-se à semelhança da categoria gestão de cuidados, que na globalidade os gestores responderam “sempre” em todas as questões, exceto na questão “Atua como formador na equipe multi e intra disciplinar” apenas com 36,1% e na questão “Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores”, em que a percentagem é de 38,6%. Este resultado está aquém do esperado, Menezes (2010) no seu estudo concluiu que 80,6% dos enfermeiros apresentavam alta e muito alta satisfação com a supervisão, enquanto 52,6% alta e muito alta satisfação no trabalho, assim como concluiu que estes últimos, estão associados a enfermeiros chefes orientados para as relações humanas. Estes dados são evidenciados no estudo de Almeida (2012), que conclui que o estilo de liderança influencia a satisfação profissional e que enfermeiros chefes orientados para as relações humanas têm valores mais elevados de satisfação do que enfermeiros chefes orientados para a tarefa.

Metade dos participantes consideram que afetam os doentes segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários, sendo que mais de metade o faz sempre, em relação ao cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços. Estes resultados são consistentes na bibliografia (Gomes et al, 2008; Lopes, 2012; Cordeiro, 2009) em que neste último estudo concluiu que 51% dos enfermeiros considera que apesar do número de enfermeiros ser insuficiente e os cuidados prestados serem os prioritários e não os necessários, não garante a qualidade, mas não diminui a sua responsabilidade na melhor prestação de cuidados ao doente. Santos (2013), defende a importância de uma gestão de recursos humanos rigorosa baseada numa correta afetação de enfermeiros por carga de trabalho/ qualidade.

Os participantes do estudo confirmam esta posição quando se situam na posição do sempre em torno de três quartos para a avaliação de desempenho, assistirem à passagem de turno, promover o empenhamento e a motivação da equipa, criar, manter e desenvolver sempre a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho e gerir conflitos.A liderança constituiu a essência para a gestão de recursos humanos, esta ideia é corroborada por Rocha (2010), que no seu estudo conclui que não há fórmulas para liderar, deve ser realizado um diagnóstico e adequar um estilo de liderança flexível.Por sua vez Marquis e Huston (2010) defendem a liderança da era das relações, tendo como foco a relação entre líder e liderados, em trabalho de colaboração, com objetivos comuns, adaptáveis e coesos

Hussey (2000) citado por Carapeto e Fonseca (2006) refere que “ *É necessário que as estratégias de recursos humanos estejam ligadas à estratégia da organização. Isto só será possível se a função << gestão de recursos humanos>> for considerada um verdadeiro parceiro para a gestão de topo. (...) Todos os gestores (dirigentes de topo e chefias intermédias) têm a responsabilidades em matéria de gestão de recursos humanos que devem ter em atenção nas suas decisões*” (p.219).

Sobre a **intervenção política e assessoria**, mais de três quartos dos gestores responderam sempre, na adaptação dos recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício. Esta ideia está corroborada nos estudos de Kurcgant(2011), quando refere que o desafio das organizações de saúde está em oferecer serviços com eficácia e eficiência a baixos custos, ressaltando a importância de conhecer os custos, identificando a possibilidade de os reduzir e controlar, eliminando os desperdícios através da realização de estudos de custo-benefício.

A participação no planeamento estratégico de serviço fica aquém de metade da amostra, bem como no concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. A participação na definição e implementação de políticas de saúde do hospital é muito baixa nos gestores sendo apenas de 12% no sempre. Estes achados estão evidenciados nos estudos de Kurcgant e Massarollo (2011, p.28), quando referem que “*de modo geral a cultura e o poder têm sido pouco considerados pelos chefes, gerentes ou administradores dos diferentes níveis formais da estrutura como variáveis que influenciam e até determinam a tomada de decisões*”

Sendo a elaboração dos relatórios de serviço anuais uma competência do enfermeiro chefe legislada (Artº23º do DL nº 188/2003 de 20 de agosto), verificamos que 43,4% dos enfermeiros gestores refere que elaboram sempre com o que podemos concluir que não é prática corrente nas funções dos participantes. A participação em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico, é pouco frequente apenas 27,7% refere que participam sempre. Podemos afirmar que os gestores na intervenção política e assessoria dão mais relevo à relação custo-benefício na adaptação dos recursos materiais, sendo que uma percentagem moderada refere que nunca participa na definição e implementação de políticas de saúde no hospital, assim como, nunca participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. O CIE (2000) já fomentava a importância da promoção do papel dos enfermeiros na política de saúde na procura da excelência da gestão em enfermagem, ressaltando a responsabilidade individual na sua formação na área da gestão, influenciando a estratégia do planeamento e políticas de saúde.

No conceito de desenvolvimento profissional, está incluído a aprendizagem a nível pessoal, a experiência, as oportunidades informais de desenvolvimento profissional vivenciadas no contexto de trabalho, mas também oportunidades de aprendizagem mais formal, interna ou externa organizada através da formação contínua (Simão, 2013). Para avaliar esta categoria foram abordadas quatro

dimensões, tendo-se verificado que cerca de três quartos das respostas foi “sempre”, quando se posicionam face à estimulação dos enfermeiros à auto-formação, seguida da dimensão de promover a formação formal e informal da equipa, baixando para pouco mais de metade quando se trata de promover a enfermagem baseada na evidência.

Considerando o papel do gestor no sentido de proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências, menos de metade referem fazê-lo sempre, estes vão de encontro ao estudo de Santos (2008) e Rocha (2010), onde sobressaiem que 67% dos enfermeiros refere que se aplica no serviço o que os enfermeiros da equipa decidem por unanimidade nas formações em serviço. Da análise que resulta da importância da formação formal e informal para a qualidade de serviço, analisamos a dimensão. Segundo Menoita (2011), a formação que se adquire do exercício profissional, com base na experiência, constitui o conceito de formação em serviço, em que o desenvolvimento de competências na prática de enfermagem é uma das estratégias centrais para o desenvolvimento da profissão e consequentemente dar-lhe visibilidade e intencionalidade

Para Abreu (1994), há uma inconformidade na prática entre a formação em serviço e em exercício, ou seja, no primeiro caso verificou-se que a formação tem cunho formal localizado no espaço do serviço, enquanto que a segunda ocorre no contexto de trabalho, facilitando o desenvolvimento pessoal e profissional, os gestores desta amostra consideram a importância da promoção da formação formal e informal em quase três quartos no sempre, situação diferente de atuar com formadores, pois neste papel apenas 36,1% se posiciona no sempre. Através do estudo realizado por Martins e Lopes (2012, p.186), na análise de Skandia constatou-se que o *“capital intelectual não é unicamente um ativo intangível per si, mas sim que também é um meio para se atingir um fim”*, referem ainda que o conhecimento aplicado às atividades diárias, incrementa a produtividade, criando inovação.

Qual o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores?

Da análise dos dados obtidos sobre o perfil tecnológico do enfermeiro gestor, identificamos na sua globalidade em 80,7% utilizam mais que dois meios tecnológicos para qualquer fim, nomeadamente na sua atividade profissional, a nível pessoal e outros. Estes resultados são concordantes com Padalino (2006), que refere que os enfermeiros reconhecem a importância das tecnologias de informação como ferramenta essencial na liderança transformacional. Por sua vez Marin (2006) conclui no seu estudo que os avanços tecnológicos trouxeram novos desafios e mudanças para os enfermeiros nomeadamente na partilha de informação.

Lopes (2011) estudou a implementação da plataforma *e-learning* para a formação em serviço nos hospitais, podemos afirmar que estes gestores têm condições para acompanhar esta ideia, pois

quando analisamos o conhecimento dos meios tecnológicos para ensino nos gestores, verificamos que 75,9%, responderam que conhecem mais que dois meios para ensino, contudo quando se trata da sua utilização baixa para 62,7%. Os enfermeiros gestores na sua maioria conhecem e utilizam mais que dois meios tecnológicos, para ensino, considerando que mais que dois meios tecnológicos podem ser utilizados para completar a formação presencial.

Os gestores desta amostra têm ligação à internet na sua residência em 97,6%, o que lhes permite desenvolver estratégias formativas em casa, até porque os seus conhecimentos de informática, na globalidade 90,4% foi por autoaprendizagem, contudo as opiniões dividem-se quando questionados sobre o ensino à distância/*e-learning*, verificamos que as respostas negativas e afirmativas foram muito semelhantes, com 51,8% e 48,2% respetivamente.

Abordar a formação, implica o desenvolvimento de novos conceitos de aprendizagem à distância, nomeadamente de “*e-learning*”, e “*b-learning*” em que CEPCEP, et. Al. (2003) citado por Lopes (2011), refere que a primeira está ainda em desenvolvimento, reforçando que embora as potencialidades de crescimento sejam elevadas, ocorre constrangimentos por parte dos colaboradores na dificuldade na inovação, razão pela qual preferem as soluções presenciais.

É de salientar que face às suas condições e ainda porque 66,3% manifestou interesse em participar em ações de formação com recurso a ensino à distância, embora 72,3% nunca o tenha feito. No estudo de Padalino (2006), os dados obtidos da opinião dos enfermeiros sobre ensino à distância foi favorável traduzindo diminuição de tempo e custos

No que se refere à opinião dos enfermeiros gestores sobre os requisitos necessários para a utilização do *e-learning* no contexto de formação organizacional, a maioria respondeu “concordo totalmente”, em todas as questões, e ainda que sobre a utilidade do *e-learning* e a formação, verificamos que quase metade dos enfermeiros gestores concordam totalmente na sua utilidade como suporte à formação de serviço. Este resultado permite-nos refletir sobre as barreiras às mudanças tecnológicas da formação que ainda existem nas instituições de saúde. São vários os autores que defendem a mudança tecnológica como emergente para acompanhar a inovação (Lopes, 2011; Silva, 2014; Garrido e colaboradores, 2008; Fernandes, 2011; Felman, 2006).

Sobre os meios tecnológicos como estratégias de gestão a análise incide sobre aqueles que existem com maior frequência em todos os serviços, constatamos que as respostas variam de acordo com a TIC proposta, sendo de salientar que o correio eletrónico em 88% dos gestores considera este como um meio a ser utilizado na gestão, que existe na instituição onde trabalha e utilizam no exercício da sua função.

O boletim informativo, é outra tecnologia que os gestores referem como existente no hospital, embora só em 41% dos gestores. A intranet, é considerada que está disponível e pode ser utilizado na gestão em enfermagem, por 77,1% dos gestores.

O aplicativo GHAF, sendo uma aplicação de gestão diária (farmácia, aprovisionamento e dietas) 47% dos participantes não respondeu e apenas 34,9%, referem que pode ser utilizado, existe e utilizam, na gestão do seu serviço.

Os gestores consideram o aplicativo SAPE como uma TIC que pode ser utilizada, existe na instituição e que a utilizam para opinião de 95,2% da opinião dos participantes. Quando questionado o aplicativo SISQUAL, é utilizado por 73,5%, está disponível e pode ser utilizado na gestão em Enfermagem.

A utilização dos meios tecnológicos de apoio ao “*ensino à distância*”, apresenta vantagens pela não proximidade das instituições de formação da residência, utilizando-se o correio electrónico como meio de comunicação preferencial, pois é mais rápido no envio de informação, pelo menor custo e pela possibilidade de edição permanente, arquivo e facilidade de consulta; o ensino individualizado de acordo com as necessidades de formação de cada formando, e com o seu ritmo e interesses e articulados com os objectivos da organização de trabalho ou de ensino. (Lopes, 2011; Padalino, 2006)

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil sócio demográfico?

Autores tais como Nóvoa (1988, p.129), e Rocha (2008, p.61) entendem que formar “*não é ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar coletivamente em torno da resolução de problemas*”, a enfermagem não é exceção, pois o que se procura é a excelência da qualidade dos cuidados, salientando os enunciados descritivos da OE (2002), nomeadamente, a procura permanente da excelência no exercício profissional.

Os enfermeiros gestores que têm pós-graduações, com 1 a 9 anos na gestão e os com 10 a 19 anos na área de gestão são os que com maior frequência promovem sempre formação formal e informal

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e os padrões de qualidade?

No âmbito da melhoria contínua da qualidade em saúde, e segundo a filosofia Kaizen, o conceito pressupõe a existência de desafios, a capacidade de identificar as causas dos problemas e implementar soluções, ressalva-se a importância dos padrões de qualidade.

Neste estudo, os padrões de qualidade que apresentaram significância estatística foram: **promoção da saúde**, nas dimensões (os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade e os enfermeiros aproveitam para promover estilos de vida saudáveis), a **prevenção de complicações**, nas dimensões (os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente; os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista

à prevenção de complicações; os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; os enfermeiros demonstram o rigor científico na implementação das intervenções de enfermagem e os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam).

No **bem-estar e auto-cuidado**, apresentaram significância estatística as dimensões (os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida; os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e os enfermeiros referenciam situações problemáticas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes).

Na **readaptação funcional**, apresentaram significância estatística as dimensões (os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem e os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requira face à readaptação funcional).

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e as suas atividades de gestão?

Serra (2005) reforça o conceito de formação informal como sendo entendida de forma abrangente, com caráter ubíquo e inevitável, em que as modalidades formal não estão incluídas nela, mas complementam-se. Esta ideia tem a concordância de Canário (2000), que refere que os processos formativos formais, deviam ser vistos como complemento dos informais.

Outros autores foram citados por Menoita (2011,) como Botelho (1998); Caetano (2003); Abreu (2001), concordaram nos seus estudos, que a formação em serviço se transformou como uma obrigação, num sacrifício numa desvalorização das diferentes formas de aprendizagem a nível de trabalho, que não traz contributos para a qualificação dos enfermeiros nem da instituição.

É importante reconhecer qual o papel da formação contínua nos enfermeiros, para isso é relevante que os próprios conheçam como se desenvolvem profissionalmente na sua carreira e nos seus contextos de trabalho (Simão, 2013). Segundo esta autora, o contexto de trabalho, é um local de construção de conhecimento profissional, de interligação entre a teoria e a prática que implica que os enfermeiros se mobilizem coletivamente de forma a ultrapassar os obstáculos que possam surgir, salienta que *“tempos e oportunidades, bem como disposições e competências dos enfermeiros para aprenderem com outros no local de trabalho são fatores no desenvolvimento profissional”* (Simão, 2013, p.22).

Considerando que a **gestão de cuidados** é uma área central na gestão na enfermagem, Aguiar, Costa e Weirich (2005), referem que as novas tendências de gestão em enfermagem

vislumbram compreender que gerir é cuidar, só assim se tornam visíveis e efetivas, também Felli e Peduzzi (2011) concordam perspetivando que a gestão é uma ferramenta do cuidar, as ideias representam significado quando analisado a formação formal e informal na perceção dos enfermeiros gestores e decisão de cuidados; risco do doente face aos cuidados e condições de serviço; avaliação da qualidade e implementação de medidas corretivas; elaboração de procedimentos orientadores de equipamento e material. É uma relação perfeita com o acompanhamento da execução dos cuidados de forma planeada, com a tomada de decisão de forma a garantir melhores cuidados para os doentes e os que contribuem para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.

Na **intervenção de gestão de recursos humanos**, como refere (Menoita, 2011 p. 94) *“Os momentos informais e não formais da formação no contexto de trabalho, considerados por vezes periféricos e marginais, assumem um lugar de relevo na evolução das práticas profissionais”*, através dos quais emergem as competências responsáveis pelos modelos de aprendizagem pela experiência, nomeadamente o comportamento estratégico” Rocha (2010, p.33), no seu estudo ressalva a ideia que os colaboradores *“são atores da gestão em rede e que o seu desempenho é medido não tanto por indicadores de desempenho, mas por critérios de qualidade de prestação”*. Alien et al (2008). No seu estudo conclui que os enfermeiros devem demonstrar a capacidade de aceder a informações baseadas em evidências, e contextualiza-las na prática, de forma a perspetivar a melhoria da prática de enfermagem. Além disso, Conely et al, (2003), já referia a importância do papel do enfermeiro gestor na manutenção de um ambiente de trabalho que capacite os colaboradores para trabalhar em potencial máximo, contribuindo para um projeto de desenvolvimento em conjunto.

Esta área representa significado no nosso estudo na atuação como formador na equipa multi e intradisciplinar, na afetação dos enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, no cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços, na promoção de mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores e empenhamento e a motivação da equipa, no processo de integração dos colaboradores, na promoção de espírito de equipa e bom ambiente de trabalho assim como nas condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa e gestão de conflitos.

É uma relação perfeita na avaliação do desempenho dos enfermeiros, na distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes, e na avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores.

A **intervenção política e assessoria**, tornou-se fulcral no tempo atual. Segundo Kurcgant e Massarollo (2011), a cultura e o poder devem ser considerados como parte integrante das políticas e práticas institucionais da atual sociedade, consideram que têm sido pouco valorizados pelos chefes, administradores, mas que potencializam a tomada de decisão, as mudanças e a gestão de conflitos.

Quando estudamos a relação dos gestores que promovem sempre a formação formal e informal da equipa, verificamos que ela representa significado na conceção e operacionalização de projetos no serviço implicando-se e implicando a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. É uma relação perfeita na adaptação dos recursos materiais às necessidades considerando a relação custo-benefício.

O **desenvolvimento profissional**, faz parte integrante das áreas de intervenção que um gestor deve fomentar, para inovar e incrementar mudanças estratégicas nos serviços e organizações. Estas ideias vêm de encontro ao já estudados por vários autores, (Bolívar, 1997; Kolb, 2001; José e Fernandes, 2007), citado por Menoita (2011, p.29) em que *“para que as organizações aprendam é preciso desenvolver diversas atividades de trabalho coletivo que passam por: resolução sistemática dos problemas; experimentação com novos enfoques; aprender com a própria experiência; aprender com as melhores experiências e práticas dos outros; transferir eficientemente as competências para outras contextualidades de trabalhos”*. Também num estudo de Botelho (1998), citado por Menoita (2011), cuja amostra foi 196 enfermeiros, sobre formação profissional, verificou-se que os seus dois primeiros fatores influenciadores foram, os conhecimentos resultantes da prestação de cuidados e a leitura realizada em casa, em terceiro lugar foi descrito a formação em serviço. As ideias representam significado quando analisamos a relação dos gestores que promovem sempre a formação formal e informal da equipa e a criação de espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. É uma relação perfeita na promoção da enfermagem baseada na evidência e na estimulação dos enfermeiros à auto-formação.

Como refere Menoita (2011), qualquer organização tem que ter em consideração os processos formais e informais, e as estruturas para adquirir, partilhar e utilizar conhecimentos, reforça ainda que a organização deve estar aberta à aprendizagem.

Será que há relação significativa entre formação formal e informal promovida pelos enfermeiros gestores e o seu perfil tecnológico?

Quando falamos nas novas tecnologias, podemos associar a ideia da formação à aprendizagem virtual, nomeadamente ao *e-learning*. Carapeto e Fonseca (2006, p.314) entendem *e-learning*, como *“ toda a formação difundida por via eletrónica através de um navegador Web, pela Internet, Intranet ou por meio de plataformas multimédia como CD_ROM, o DVD e mesmo as ferramentas de telecomunicações como a vídeo- conferência”*. Esta ideia é defendida por autores que defendem o *e-learning* como uma solução para a problemática atual da formação nas instituições de saúde (Lopes, 2011; Costa, 2011; Padalino, 2006; Silva, 2014).

A Comissão Europeia, também tem promovido iniciativas de *e-learning*, e projetos com o objetivo de desenvolver a dimensão europeia da aprendizagem fundada nas TIC quer no âmbito dos programas Socrates e Leonardo da Vinci (Commission Européenne, 2002).

Nos estudos de Carapeto e Fonseca (2006) refere que a tecnologia facilita a gestão do conhecimento, mas não pode substituir as pessoas nem a relação entre elas. A chegada do computador foi uma inovação organizacional, pois permitiu a difusão da informação, a utilização dos seus dados produz conhecimento, como ocorre com a tecnologia da saúde SAM e SAPE. Na opinião deste autor o *e-learning*, para além das vantagens financeiras, otimiza a qualidade da formação.

Quando estudamos a relação entre os gestores que promovem a formação formal e informal e o seu perfil tecnológico, apenas relacionamos aquelas que resultaram com maior existência nas instituições estudadas, verificamos que existem algumas significâncias estatísticas na **estratégia de gestão com recurso à TIC**, verificando que o SAM foi a única TIC que apresentou significância estatística, sobre a **classificação quanto à utilidade da TIC**, verificamos que o SAPE é muito útil como estratégia de gestão, ocorrendo uma relação perfeita, por último a **classificação quanto à facilidade da TIC**, verificamos que consideram o SAPE muito fácil de utilizar sendo uma relação perfeita e que o SAM também é muito fácil de utilizar como estratégia de gestão sendo uma relação perfeita.

A formação em contexto de trabalho é considerado um dos mais antigos sistemas de formação na área de enfermagem, no entanto, as mudanças organizacionais e a inovação das TIC, transformam esta visão para uma mudança mais direcionada para o capital humano. A pessoa na sua essência individual, integra a formação em contexto de trabalho de forma particular, interagindo com as circunstâncias dos espaços sociais, produzindo além de uma identidade individual, uma identidade profissional (Menoita, 2011).

Saussoins (2003) citado por Carapeto e Fonseca (2006, p.313) reforça a importância de “*não esquecer que todas as ferramentas informáticas visam um objetivo último: aumentar a reatividade do sistema para o bem-estar dos cidadãos*” e que o fator humano deve ser valorizado numa sociedade em que todos têm acesso à tecnologia.

CONCLUSÃO

A gestão na saúde está num processo de mudança face às novas exigências sociais, com uma forte influência tecnológica. Existem constrangimentos profundos na Administração Pública, sendo complexo o processo de modernização administrativa sem a implementação das TIC, como forma de desenvolver projetos e serviços virtuais, disponibilizando a informação necessária no sentido de uma mudança de paradigma organizacional, tornando-o mais desburocrático (Carapeto e Fonseca, 2006).

As grandes tendências, que caracterizam a gestão em enfermagem, estão relacionadas com a governação clínica “globalização”, com a introdução das tecnologias de informação e comunicação e o desenvolvimento profissional que se potencializam com a formação em serviço (formal e informal). Os fatores sociodemográficos, os fatores políticos, os padrões de qualidade de enfermagem também parecem influenciar a formação em serviço dos enfermeiros.

A formação em serviço constitui uma pedra basilar nas organizações, sendo que as TIC constituem um desafio na inovação desta temática, traduzindo-se num desenvolvimento de conhecimento e aprendizagem individual ao longo de toda a vida. O conceito de formação em serviço evoluiu ao longo do tempo, tendo decorrido em várias fases, atualmente é um conceito dinâmico, interativo, que envolve não só os utilizadores, mas também os prestadores de cuidados, no âmbito da produção de conhecimento e consequentemente o contexto ambiental, social e cultural em que os mesmos são prestados, o que vai determinar o grau de excelência desejado pelo enfermeiro gestor no serviço.

A investigação em enfermagem assume aqui uma importância inquestionável, no sentido de procurar dar respostas às necessidades da saúde das sociedades atuais e possibilitar a tomada de decisões eficazes, que visem a mudança de atitudes, práticas e comportamentos, necessários, para um melhor conhecimento das potencialidades da aplicação das tecnologias de informação, nomeadamente na formação em serviço. As vivências e disponibilidades das pessoas a nível familiar e profissional tornam a aprendizagem à distância muito premente, permitindo maior acessibilidade. Assim, esta ocorre no sentido de ultrapassar algumas das dificuldades existentes, nomeadamente as barreiras geográficas e dos horários, permitindo oferecer alternativas, e que cada pessoa aprenda conforme a sua disponibilidade

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem um alicerce para o exercício profissional de enfermagem de excelência, na medida em que as exigências crescentes dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde, permeia um aumento do nível de conhecimentos e utilização da informação baseada na evidência pelos enfermeiros, sendo a formação em serviço um meio de maior influência

Tal como foi referido ao longo deste estudo, e fundamentado por vários autores, também Carapeto e Fonseca (2006), ressaltam a importância do envolvimento das pessoas que trabalham na organização, e as mudanças estratégicas nos sistemas de gestão das organizações públicas para qualidade dos serviços, ou seja, implementação de modelos de decisão descentralizados e participativos. A percepção dos enfermeiros gestores relativamente à utilização das novas tecnologias de informação e comunicação na formação em serviço, demonstrou que a maioria dos enfermeiros gestores considera favorável a sua utilização na gestão em enfermagem.

Quando optamos por estudar a relação entre a promoção do enfermeiro gestor da formação formal e informal da equipa, procurávamos encontrar alguma relação significativa entre esta e todas as outras variáveis em estudo.

Consideramos que o percurso vivenciado durante todo o processo de pesquisa foi um contributo para a nossa aprendizagem e para o conhecimento na realidade da prática da gestão. A revisão teórica ajudou-nos a contextualizar o problema da gestão em enfermagem e a formação em serviço e a abertura para o recurso à utilização das TIC

Face à nossa aprendizagem fomos cuidadosos na descrição das metodologias e reconhecemos as limitações do estudo face à possibilidade de generalização, mas o que pretendíamos foi sobretudo explorar o tema e descrevê-lo pelo que utilizamos na análise o recurso a estatística descritiva.

Salienta-se que os principais achados resultam da análise da associação entre variáveis. Verificou-se que o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores é dominado pela utilização de vários meios tecnológicos de ensino, surgindo evidente o domínio no acesso à Internet na sua residência, que a maioria dos enfermeiros obteve os seus conhecimentos de informática a partir da auto-aprendizagem e que estão disponíveis para o uso de *e-learning*. Os gestores têm domínio sobre a utilização do computador e do correio electrónico, utilizando com muita frequência a combinação de mais que dois meios, contudo, o que mais gostariam de receber formação é sobre videoconferência. Por ordem de opinião as TIC que podem ser utilizadas na gestão são: correio electrónico, intranet, SAPE, SISQUAL; boletim informativo; SAM e GHAP.

Os Padrões de Qualidade neste estudo, articularam-se com a designação dos Padrões da Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, verificando-se que os enfermeiros gestores, consideram que os enfermeiros fazem na sua maioria as atividades para cada um dos padrões “sempre” ou “às

vezes”, sendo de salientar que a promoção da saúde, a satisfação dos clientes, bem-estar e autocuidado tem o predomínio do “às vezes”.

As atividades de gestão dos enfermeiros desta amostra representam todas as áreas de competências do enfermeiro gestor, sendo de salientar que a maioria executa as suas atividades em todos os domínios do “sempre”, apenas se notando alguma fragilidade na intervenção política e assessoria, considerando que só “às vezes” o fazem. A utilização de instrumentos selecionados demonstrou que representava a realidade dos enfermeiros gestores particularmente no instrumento das suas atividades.

Os enfermeiros gestores percecionam necessidades de formação dos padrões de qualidade salientando-se que os que apresentavam maior necessidade de formação são: promoção da saúde, o bem-estar e autocuidado, prevenção de complicações e a organização dos cuidados e têm condições para utilizar as tecnologias de informação e comunicação como recurso para a formação.

Na Administração Pública denota-se a necessidade do envolvimento das pessoas na sua política, pois só desta forma conseguiremos a mudança desejada nas organizações. Estamos a vivenciar uma mudança de paradigma das organizações de um modelo burocrático para um modelo mais inovador, potencializando a informação, a comunicação e o conhecimento, promovendo a qualificação do capital humano. A interação entre as novas tecnologias de informação e comunicação, com a formação em serviço, terá que passar obrigatoriamente pela adoção de novas estratégias organizacionais, como as plataformas tecnológicas, onde a partilha da informação gera conhecimento, favorecendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma das **fragilidades** deste estudo tem a ver com a utilização de um questionário pois impossibilita ter uma resposta da noção do nível de compreensão das questões, considerando-se que não ocorreu contacto verbal com as pessoas envolvidas, não permitindo assim aprofundar respostas que suscitem maior esclarecimento. O desconhecimento da contextualização do preenchimento do questionário, também poderá ser influenciado pelo nível de evolução que cada instituição tem desenvolvido a nível dos sistemas de informação e utilização das TIC.

As vantagens deste estudo permeiam a tomada de consciência do enfermeiro gestor das necessidades de formação em serviço a nível dos padrões de enfermagem, nas suas atividades e a aplicação das novas tecnologias de informação.

Acreditamos que no final do estudo apresentamos dados que contribuem para a identificação das necessidades de formação e a alternativa de forma convencional e ajudam a refletir sobre a necessidade de maior investimento na formação em serviço através das TIC, sendo o *e-learning* uma grande oportunidade, e por último demonstrou-se a necessidade de melhorar a assessoria / intervenções políticas estimulando o enfermeiro gestor a participar nas políticas da instituição.

Na procura constante de operacionalizar o tempo dispendido pelas pessoas nas suas atividades, existe um reconhecimento global que as organizações têm muito a ganhar na utilização

das TIC e na aplicação da gestão de conhecimento como fator de desenvolvimento do capital intelectual. Estes dois conceitos interagem, sendo que a gestão de conhecimento é assumida como operacionalização do capital intelectual (Martins e Lopes, 2012).

As várias transformações inerentes da nova perspectiva da formação baseada no desenvolvimento de competências, e nas tecnologias de informação incrementa na pessoa a capacidade de criatividade, de relação com os outros, de proximidade, mas essencialmente numa contextualização do ambiente de trabalho, numa visão mais ampla do conhecimento formativo. A introdução da aprendizagem à distância utilizando *e-learning* na formação em serviço nas instituições hospitalares, pode incrementar oportunidades de restituir nos enfermeiros um desafio, uma motivação para fomentarem a sua criatividade nos locais de trabalho, tornando-os o foco da mudança na sua aprendizagem, favorecendo a excelência do exercício profissional.

O papel do enfermeiro gestor traduz-se na atualização de competências gerenciais que facilitem a aprendizagem da sua equipa no papel de cuidar, utilizando as novas tecnologias de informação, promovendo formal e informalmente o conhecimento baseada nos padrões de qualidade, garantindo a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no seu serviço, de acordo com os objetivos institucionais, reduzindo os custos inerentes no contexto de uma crise económica-financeira atual. Como defendem Saupe (1998) e Lazarotto (2004), o perfil do enfermeiro gestor tem que estar em sintonia com os objetivos organizacionais, centrados na segurança e qualidade dos cuidados.

A inexperiência, associada à limitação de tempo foi colmatada com a motivação do tema, pois parece-nos muito pertinente na atualidade. As vivências atuais de incerteza da gestão em enfermagem nas instituições, permeiam a pertinência deste estudo, pois emerge a demonstração das suas competências a nível operacional e legal, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados aos clientes por toda a equipa de enfermagem, dando visibilidade à profissão.

Consideramos que deste estudo poderão emergir novas investigações académicas sobre os meios necessários à concretização da formação em serviço com apoio das tecnologias de aprendizagem à distância nas instituições de saúde públicas, vislumbrando que os gestores estarão abertos a novas perspectivas do conhecimento, assim como novos estudos sobre a fomentação da implementação mais eficaz do projeto da OE, no que concerne à implementação dos padrões da qualidade. Por outro lado, face às diferenças de sexo dos gestores e na população em geral dos enfermeiros sugerimos que na mesma amostra, se procure a diferença de género nas várias categorias e dimensões.

Esperamos que esta dissertação possa contribuir para o desenvolvimento das ciências em enfermagem baseadas na evidência, e que de uma forma mais abrangente as organizações de saúde desenhem o seu próprio trajeto de formação em serviço tendo como referencial os Padrões de Qualidade da OE e a parceria nas novas Tecnologias de Informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson – *Dinâmica de Formatividade dos enfermeiros, subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Universidade de Lisboa. Lisboa: 1994. Tese de Mestrado.

ABREU, Wilson – *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa: Educa, 2001.

ALIEN, P.; [et al.] – *Evaluating continuing competency: a challenge for nursing*, JR Journal Of Continuing Education In Nursing ISBN: 022-0124, 2008 Feb, Vol 39(2).

ALMEIDA, Ana – *Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança*. [em linha] Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: 2012. Tese de Mestrado. [Consultado 12 março 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10917>.

ALMEIDA, J.F.; REBELO, G. – *A era da competência. Um novo paradigma da gestão de recursos humanos e o direito do trabalho*. Lisboa: Editora RH, 2011.

ALQURAINI, H.; ALHASHEM, A.; SHAH, M.; CHOWDHURY, R. – *Factors influencing nurses' attitudes towards the use of computerized health information systems in Kuwaiti hospitals*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 57, Nº4 (Fev 2007), p. 375-381.

AMN HealthCare Education Services- *Preceptorship: The Vital Role of The Nurse Manager*. EUA, 2012. [consultado em julho 2014]. Disponível em: <http://www.rn.com/getpdf.php/1766.pdf>

ANDRÈ, Ana – *As competências Transversais e as práticas de Gestão por competências: Um estudo exploratório de diferentes realidades organizacionais*. [em linha]. Instituto Politécnico do Porto. Vila de Conde: 2013. Tese de Mestrado. [Consultado 12 março 2014]. Disponível em: <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3164>

ASSIS, Catarina Isabel Carvalho Ferraz – *O Enfermeiro Gestor: Que Dificuldades*. [em linha] Universidade de Trás – os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2010. Tese de Mestrado. [Consultado 21 abril 2014]. Disponível em: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/554>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA- *Referencial de competências para enfermeiros da Área da Gestão*. [Consultado 14 Agosto 2014]. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/documents/referencial1%20de%20competencias>

AUGUSTO, Maria Cristina Bompastor – *Modelo de Competências dos Enfermeiros com Funções de Gestão em Portugal: Estudo Exploratório* [em linha] Instituto Politécnico do Porto. Vila do Conde, 2013. Tese de Mestrado. [Consultado 22 março 2014]. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3534>.

BAIXINHO, Cristina Lavareda – *Autoformação em Enfermagem: Um instrumento para o desenvolvimento de competências*. Revista Portuguesa de Enfermagem, nº 10 (abril, maio, junho de 2007), p.11. ISSN: 0873 – 1586

BARBOSA, Alcindo Maciel – *A Organização interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde-Secretaria Geral, 2011.

BENEDET, Silvana; BRASIL, Nicole -*A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva*. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.03, Nº. 02(2012). ISSN: 1982-4785.

Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/169/pdf>.

BINA, M; NEWKIRK, J. - *Competencies at the Rock: Creating a Competence- Based system into the Defense Mapping Agency, Us Department of Defense*. In Dubois, D. (Ed). The competency case Boock. HRD Press. 1998

CANARIO, Rui – *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa, 2000.

CARAPETO, Carlos; FONSECA, Fátima – *Administração Pública - Modernização, Qualidade e Inovação*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2006.

CARVALHO, Emilia; KUSUMOTA, Luciana – *Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem*. Acta Paulista de Enfermagem, vol.22, São Paulo, 2009.

CASCÃO, Ferreira – *Entre a Gestão de Competências e a Gestão do Conhecimento: Um estudo exploratório de Inovações na Gestão das pessoas*. 1ª ed. Lisboa: Edição RH, 2004.

COELHO, J; CUNHA, L.; MARTINS I – *Inferência Estatística: Com utilização do SPSS e do G* power*. 1ª edição, Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

CEITIL, M – *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Sílabo, 1ª ed, 2010.

COLLIÉRE, J. – *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE DADOS - *Lei nº 67/98 de 26 de Outubro*. [Consultado 8 de Junho de 2013]. Disponível em: [URL:http://www.unicef.pt/docs/lei_6798.pdf](http://www.unicef.pt/docs/lei_6798.pdf)

CONELY, L.;YODER, U.; MINER WILLIAMS, D. – *A Quality Study of Charge Nurse Competencies*. Medsurg Nursing, October 2003, Vol.12/ Nº5.

CHIAVENATO, I – *Teoria Geral da Administração*. Vol 2. 4ª ed. São Paulo: MCGraw-Hill, Lda, 1993.

CHIAVENATO, I – *Administração de Recursos Humanos: Fundamentos Básicos*. São Paulo: Atlas 4ªed, 2004.

COSTA, Maria Lurdes G. P. Varandas – *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. [em linha]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa: 2011. Tese de Doutoramento. [Consultado 22 maio 2014]. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber%2c%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>

COSTA, Maria Suêda; SILVA, Maria Josefina - *Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem*. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) (março/abril 2004); 57(2): 208-11. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a15v57n2.pdf>

CORDEIRO, Ana Lúcia de Melo – *Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem*. [em linha] Universidade de Lisboa. Lisboa:2009. Tese de Mestrado. [consultado 22 março 2014]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2021/1/ulsd058734_Dissertacao%20Final_2009.pdf

CORMIER, S.; NURIUS, P.; OSBORN, C. – *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental Skills and cognitive Behavioral Interventions*. Austrália: Thompson Brooks, 2009.

CORREIA, E.- *O Texto Escrito em Ensino à Distância*. Documento interno. Lisboa: Universidade Aberta, 1989.

CHRISTO, Filipa Homem – *Aplicar as ISO 9000 aos Serviços de Saúde. Qualidade de Saúde – Public. APQ - nº2 (junho, 1995)*.

CUNHA, A.; FERREIRA, J.; RODRIGUES, M. – *Atitude dos enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem*. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências de Saúde: Dominio de Enfermagem. Vol. 3, Nº1 (Julho 2010), p.7-15.

DALE, B. ; COOPER, C.- *Qualidade Total e Recursos Humanos*. 1ª ed. Lisboa: Universidade Aberta, 1995.

DALE, B.; BUNNEY, H. – *Total Quality Manegement Blueprint*.Oxford: Blackwell Pulishers, 1999.

ESPANHA, Rita; FONSECA, Rui Brito- *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Tecnologias de Informação e Comunicação*. [em linha] Alto-comissário da Saúde 2010 [Consultado 14 Março 2014]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/TIC1.pdf>>

FELDMAN, Liliane [et al] – *Criatividade e Inovação: competências na gestão de enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, São Paulo, 2008 (mar-abr)61 (2):p.239-42.

FERNANDES, Adalberto [et al] – *Avaliação de Tecnologias em Saúde: A importância de escolher, decidir e gerir com base na evidência*. 1ª ed. Loures: Cadernos Saúde e Sociedade, 2011.

FIRMINO, Manuel Brazinha – *Gestão das Organizações: Conceitos e tendências atuais*. 3ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2009.

FLEURY, M. – *As Pessoas na Organização*. São Paulo: Edição gente, 2002.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FORTIN, M.F. ; CÔTÉ, J. ; FILION, F. - *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Canadá: Lusodidata, 2009.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Mª dos Anjos – *Princípios de Administração para Enfermeiro*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999.

GARRIDO, António et al – *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspectivas Práticas*. Universidade de Aveiro: Theoria Poésis Praxis, 2008.

GARRIDO, António- *Supervisão Clínica em Enfermagem e Atualidade de Vida dos Enfermeiros*. [em linha]. Universidade de Aveiro. Aveiro: s.ed, 2004. Tese de Mestrado. [Consultado 21 abril de 2014]. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>

GARRIDO, Marcial Velasco [et al]– *HealthTechnology Assessement and heath policy- making in Europe*. World Heath organization:European Observatory on Health Systems and Policies [em linha], 2008 [Consultado 7 set 2014]. Disponível em : <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf-file/0003/90426/E91922.pdf>

GOMES, Jorge et al. – *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano*. Lisboa: Edições Sílabo 2008.

GOMES, José Augusto – *Percurso para a avaliação da qualidade em Unidades de internamento: Resposta para a reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto:2011. Tese de Mestrado.

GUERRA, M^a Luísa Gonçalves – *Formação Profissional dos Enfermeiros: Determinantes da participação dos Enfermeiros em acções de formação em serviço*. [em linha]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Economia, Sociologia e Gestão. Vila Real: 2008. Tese de Mestrado. [Consultado 21 abril 2014]. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/210/1/msc_mlguerra.pdf

HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.

HUOT, R. - *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

HURYK, L. – *Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology*. Journal of Nursing Management. Vol. 18, Nº5 (Jul 2010), p. 606-612.

JOHANSSON P.; OLÉNI M. and FRIDLUND B. – *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study*. [em linha] Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002 Dec;16(4):337-44. [Consultado 7 Maio de 2014]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003163027&lang=pt-br&site=ehost-live>

KURCGANT, Paulina, [et al] – *Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. ISBN: 85-12-12470-9

KURCGANT, Paulina [et al] – *Gerenciamento em Enfermagem*. 2^o ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

LOPES, Albino – *Fundamentos de Gestão de Pessoas - para uma Síntese epistemológica da iniciativa, da competição e cooperação*. 1^o ed. Lisboa: Edições Sílabo 2012.

LOPES, Cristina M. C. P. – *Estudo para a Implementação de Plataformas de e-learning no Sistema de Formação dos Recursos Humanos da Saúde: o caso particular dos enfermeiros de um hospital privado*. [em linha]. Universidade de Évora. Évora/Lisboa: 2011. Tese de Mestrado. [Consultado 14 março 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1730/2/Estudo%20para%20a%20Implementa%20a7%20de%20Plataformas%20de%20e-learning%20no%20sistema%20de%20forma%20a7%20a3o2.pdf>

MALATO, Domingos- *Inquérito Programa Padrões de Qualidade de Enfermagem (PPQCE)*. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado 19 janeiro 2014]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/InqueritoPPQCE_DadosProgresso_2010_VFinal_proteg.pdf

MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen- *Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

MARTINS, António Eduardo; LOPES, Albino – *Capital Intelectual e Gestão Estratégica de Recursos Humanos: Fundamentos e Estrutura da Gestão e do Conhecimento nas Organizações*. Lisboa: Editora RH, 2012.

MARTINS, Edith Pires – *A empatia e os padrões de vinculação em estudantes universitários: um estudo comparativo*. [em linha] Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2011. Tese de Mestrado. [consultado 21 abril 2014]. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/2240/1/MsC_epmartins.pdf

MARQUIS, Bessie L. ; HUSTON, Carol J. – *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação*. 2ªed. Porto Alegre: Editora Artmed, 1996.

MARQUIS, Bessie L. ; HUSTON, Carol J. – *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática*, 6ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

MENEZES, Ana Gabriela; GOBBI, Débora - *Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos*. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):97-102. 97. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf

MENEZES, Maria Helena – *Novos Modelos de Gestão Hospitalar*. [em linha]. Universidade de Trás-Os-Montes. Vila Real: 2010. Tese de Mestrado. [Consultado 7 set 2014]. Disponível em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/669/1/msc_mhvfmeneses.pdf

MENOITA, Elsa – *Formação em serviço: Um contributo para o desenvolvimento de competências*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2011.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe; Antunes, Lina – *A investigação nos contextos de trabalho: Desafios da experiência – Um sentido para a Reabilitação*. Loures: Lusociencia, 2013

MOURA, et al – *Novos olhares na Saúde*. 1ª ed. [em linha]. Escola Superior de Enfermagem Drº José Timóteo Montalvão Machado. Chaves: 2014. ISBN: 978-989-97708. [Consultado 7 set]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9890/1/dificuldades%20sentidas.pdf>

MUNARI, Denize; BEZERRA, Ana Lúcia- *Inclusão de competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor*. *Revista Brasileira, Brasília, 2004 (jun-ag) 57(4):p.484-6*.

MURPHY, J. – *Nursing and technology: A love/hate Relationship*. *Nursing Economics*. Vol.28,Nº6 (Nov-Dez 2010), p.405-408.

NÓVOA, António – *A Formação contínua dos professores: realidades e perspectivas*. [em linha]. Universidade de Aveiro. Universidade de Aveiro, 1991, p.15-38. [Consultado 22 março 2014]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4758/1/FPPD_A_Novoa.pdf

NUNES, M. – *Expectativas de Formação Enfermeiros do Distrito de Viseu*. [em linha] Instituto Politécnico de Viseu, 2006. [Consultado 7 set 2014]. Disponível em: URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/405>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: competências do enfermeiro dos cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003. (Conselho de Enfermagem).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº16, p.52. 2005

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos cuidados e sistemas de informação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos - funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consultado 17 junho 2014]. Disponível em: [WWW.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/REPE VF.pdf](http://WWW.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/REPE_VF.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Dados Estatísticos 2000-2013*. Lisboa: Departamento de Informática, Janeiro 2014.

OREM, Dorothea Elisabeth – *Nursing: concepts of practice*. 3ªed. McGraw – Hill Book Company, 1985.

PADALINO, Yara – *E-Learning: Estudo comparativo de apreensão de conhecimento entre enfermeiros*. [em linha]. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006. Tese de Mestrado. [Consultado 7 maio 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-18102006-085645/pt-br.php>

PALHOCO, Ana Rita de Mendonça Santos – *Estudo da empatia e da preceção de emoções em psicoterapeutas e estudantes de Psicologia*. [em linha]. Universidade de Lisboa faculdade de Psicologia. Lisboa, 2011. Tese de Mestrado. [Consultado 2 set 2014]. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4997>

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementariedade do SPSS*. 2ªed., Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

PEREIRA, M.- *Atitudes face ao Estudo no Contexto do Ensino a Distância*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa, 1993. Tese de Mestrado

PEREIRA, Filipe - *Informação e qualidade: Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, 2009.

PERES, Aida; CIAMPONE, M. – *Gerência e Competências gerais do enfermeiro*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis julho-setembro 15 (3): p.493-9.

PERRON, Brian [etal] – *Information and Communication Technologies in Social Work Advances in Social Work*. Vol.11, nº1(2010), p.67-81. (Consultado 23 fev 2014). Disponível em: <http://deepblue.lib.umich.edu/bistream.handle/2027.42/78034/46.pdf>

PESSOA, M. - *A Qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde*. Revista Portuguesa de Enfermagem, nº4, (outubro, novembro, dezembro 2005), Amadora: p.49-52

PINHÃO, Cláudia do Rosário. -*A Qualidade da Intervenção Educativa de Enfermagem no Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos*. [em linha]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal: 2012. Tese Mestrado. [Consultado 23 junho]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/5475>.

PINTO, Liliana Filipa Bandeira – *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem*. [em linha]. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Vila Real: 2009. Tese de Mestrado. [Consultado 23 junho]. Disponível em: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/355>.

PINTO, I. – *Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão- rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto- SP*. [em linha]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP): 2000. Tese de Doutorado. [Consultado 7 set 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-03022006-111305/en.php>

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernardette P.- *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. , Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL, Decreto - Lei nº 305/1981 de 12 de novembro

PORTUGAL. Decreto-lei nº 480/1988 de 23 de Dezembro

PORTUGAL. Decreto-lei nº 437/1991

PORTUGAL. Decreto-lei nº 161/1996 de 4 de setembro

PORTUGAL. Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril.

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto

PORTUGAL. Decreto-Lei nº 300/2007 de 23 de agosto.

PORTUGAL. Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro.

PORTUGAL. Depacho nº14265/2012

PORTUGAL. Decreto-lei nº 247/2009

PORTUGAL. Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: mais saúde para todos – Orientações estratégicas*. [em linha]. Lisboa: Direção Geral da saúde, 2011. [Consultado 21 março 2014]. Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Paginas/PNS_2011_2016.aspx

PRADO, Claudia; PERES, Heloisa; LEITE, Maria Madalena – *Tecnologia da Informação e da Comunicação em Enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

ROCHA, J. A. Oliveira – *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. 3ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2010.

ROSÁRIO, Jorge Miguel – *A integração da internet na autoformação dos enfermeiros*. [em linha]. Universidade do Algarve, Instituto Politécnico de Beja. Faro, 2007. Tese de Mestrado. [consultado 21 junho 2014]. Disponível em :<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/649>

RUA, Marília dos Santos – *De Aluno a Enfermeiro: Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. [em linha]. Universidade de Aveiro. Aveiro: Lusociência, 2011. Tese de Mestrado. [consultado 21 junho 2014]. Disponível em:<http://ria.ua.pt/handle/10773/8922>

SANTOS, Eunice Costa Pereira – *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos*. [em linha]. Universidade do Algarve. Algarve, 2008. Tese de Mestrado. [consultado 22 março 2014]. Disponível em:<http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/429>

SARTORETO, I – *Satisfação e Insatisfação no trabalho dos Enfermeiros- Revisão integrativa da Literatura* [em linha]. S. Paulo: Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013 [Consultado a 25 de Junho de 2014]. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-12062013-113313/pt-br.php>.

SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. [em linha]. Universidade de Aveiro. Aveiro: 2008. Tese de Mestrado. [Consultado a 25 de Junho de 2014]. Disponível em:<http://ria.ua.pt/handle/10773/1479>

SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência. III série, nº 3 (Março 2011), p.15-23.

SHARMAN, Z. – *Remembering the basics: Administrative technology and nursing care in a hospital emergency department*. International Journal of Medical Informatics. Suplemento 1, Vol 76 (Maio 2007), p. 222-228

SILVA, Eduardo M. L. C – *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem: Doentes dependentes*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: 2014. Tese de Mestrado.

SILVA, Kénia [et al]. – *Educação em Enfermagem e os desafios para a promoção da saúde*- Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, 62(I) (jan-fev 2009);p.86-91.

SILVA, Maria Salomé Neves- *O acesso aos cuidados de enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. [em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto:2011.Tese Mestrado [Consultado 18 agosto 2014]. Disponível em: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26619>>

SPAGNOL, C.A.- *(Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva*. [em linha]. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (19), 119-127., 2005. [Consultado 10 julho 2014 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf>

SOUSA, Artur Ferreira Sousa - *Sistema de Partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: FORMASAU, 2006.

SOUSA, Artur Ferreira Sousa - *Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi*. [em linha]. Acta Paul Enferm. 18(4): 368-81(2005). [Consultado 16 março 2014]. Disponível em:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf>>

TORRES, A. – *Ensino a Distância Formação Flexível*, apresentação e publicação durante o Encontro Nacional de Ensino a Distância, organizado pelo INOFOR em 25 e 26 de novembro de 1999. Lisboa, 1999.

ZORRINHO et al - *Gerir em complexidade: um novo paradigma da gestão*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

ANEXOS

**ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (QUAF – TIC)**

2013/2014

**Questionário de avaliação das Necessidades de
Formação e Tecnologia de Informação e
Comunicação (QANF – TIC)**

Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

EPIC – Programa Controlo Epidemiológico Hospitalar

SINAI- Sistema Integrado de Acesso à Informação

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

AIDA – Agência de Interoperação Difusão e Arquivo

Centro Hospitalar do _____**Questionário dirigido aos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço**

O acompanhamento do exercício profissional nos serviços é da responsabilidade dos enfermeiros que gerem as unidades, recordamos que a Ordem dos Enfermeiros expressa que *nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde* (OE, 2001, p. 4).

Este questionário destina-se a identificar: A perceção dos enfermeiros gestores relativamente às necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa; as necessidades de formação dos Enfermeiros chefes e responsáveis de serviço; o perfil tecnológico dos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço; as estratégias que os enfermeiros chefes e responsáveis de serviço utilizam na formação e gestão com recurso ao uso das tecnologias de informação e comunicação; a perceção que os enfermeiros chefes e responsáveis de serviço têm sobre a utilidade das tecnologias de informação e comunicação. Asseguramos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um carácter confidencial.

Considerando o conhecimento que tem dos recursos humanos que gere, pedimos que exprima as necessidades de formação para os enfermeiros do seu serviço a partir dos padrões de qualidade.

Relativamente aos quadros que se seguem, assinale com a resposta que melhor se adequa à sua opinião, com o significado:

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

Agradecemos a sua colaboração neste estudo

Grupo I

1 – Serviço _____

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2.2 – Idade: _____ (Anos completos em 31/12/2013)

2.3 – Anos de exercício profissional: _____

2.4 – Anos de exercício na área da gestão: _____

2.5- Anos no atual serviço: _____

2.6 – Com Especialidade ☐ Sem Especialidade ☐

Área de especialidade: _____

2.7 – Outros graus académicos:

Pós-Graduação: _____

Mestrado: _____

Outros: _____

Grupo II

3 – Enquanto gestor, perceciona as necessidades de formação dos enfermeiros da sua equipa:

3.1 - A satisfação do cliente	1	2	3	4
Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assinale necessidade de formação nesta área:				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

3.2 - A promoção da saúde	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assinale necessidade de formação nesta área:				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

3.3 - A prevenção de complicações	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assinale necessidade de formação nesta área:				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

3.4 –O Bem-estar e o autocuidado

	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

3.5 -A readaptação funcional

	1	2	3	4
Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

3.6 -A organização dos cuidados de enfermagem

	1	2	3	4
Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

3.7 - Caso considere pertinente, assinale necessidades de formação noutras áreas:

4 – Considere a sua atividade de enfermeiro gestor e assinale as suas próprias necessidades:

4.1- Prática Profissional, ética e legal	1	2	3	4
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

4.2 - Gestão de Cuidados	1	2	3	4
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a tomada de decisão clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienta cuidados de maior complexidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

4.3 – Gestão de recursos humanos	1	2	3	4
Promove reuniões com os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assiste à passagem de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia o desempenho dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

4.4 – Intervenção Política e Assessoria	1	2	3	4
Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no planeamento estratégico do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora relatórios de serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

4.5 – Desenvolvimento Profissional	1	2	3	4
Promove a enfermagem baseada na evidência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a formação formal e informal da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula os enfermeiros à autoformação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Assinale necessidade de formação nesta área:

Grupo III**5 - Perfil tecnológico****5.1 – Assinale com um X, a resposta que melhor corresponde à sua situação:**

	Computador	CD-Row DVD	Web	eMail	Chat	Grupos de discussão	Vídeo Conferencia	Outro
Já utilizou, para qualquer fim, os seguintes meios?								
Já teve conhecimento dos seguintes meios para ensino?								
Já utilizou os seguintes meios para ensino?								
Estas tecnologias podem ser meios para completar a formação presencial?								
Gostaria de receber formação sobre estas tecnologias?								

5.2- Tem ligação à internet a partir da sua residência? Sim ☐ Não ☐**5.2.1 – Se sim que tipo de ligação? Assinale com o X a sua opção**

LAN ☐ RDIS ☐ ADLS ☐ MODEM ☐ Netcabo ☐ Outra _____ Não sei ☐

5.3 – Deve os seus conhecimentos de informática geral sobretudo a:

Autoaprendizagem ☐

Curso de formação ☐

Aprendizagem com amigos ☐

5.4 – Está familiarizado com os conceitos de ensino à distância / e- learning: Sim ☐ Não ☐**5.5 – Já participou de alguma forma em iniciativas de ensino à distância / e- learning: Sim ☐ Não ☐****5.5.1 - Especifique:**

5.6 – Está interessado em participar em ações de formação com recurso a ensino à distância?

Sim ☐ Não ☐

6 - Grupo IV

Utilidade das TIC na formação em serviço

Relativamente aos quadros que se seguem, assinale com um X a resposta que melhor se adequa à sua opinião, com o significado: Numa escala de 1 a 4, considere:

1. Discordo totalmente 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo totalmente. Se não tiver opinião, assinale o número 5

6.1 Para a utilização do e-learning em contexto de formação organizacional dos enfermeiros, são requisitos necessários:

	1	2	3	4	5
Formação tecnológica dos enfermeiros gestores					
Formação tecnológica dos enfermeiros					
Envolvimento dos enfermeiros no processo de conceção dos conteúdos da formação					
Envolvimento dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem					
Apoio pedagógico no processo de adoção do e-learning					

6.2 De que forma pensa que a utilização do e-learning deveria ser implementada na formação em serviço?

	1	2	3	4	5
A inovação proporcionada pela utilização do e-learning deve resultar numa rutura e/ou mudança profunda do paradigma da formação					
A adoção do e-learning deve começar por ser implementada em grupos restritos, como projetos-piloto					
A adoção do e-learning deve começar por ser uma decisão tomada pelas <i>lideranças</i> de topo da organização					
As decisões estratégicas da organização sobre a utilização do e-learning deveriam ser essencialmente decisões negociadas e partilhadas com os enfermeiros gestores					
Os enfermeiros gestores devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do e-learning na formação					
Os enfermeiros devem ter um papel essencial nas decisões sobre a utilização do e-learning na formação					

6.3 Na sua opinião o e-learning é útil para a atividade de gestão na:

	1	2	3	4	5
Organização do processo de gestão de cuidados					
Comunicação e colaboração entre a equipa de cuidados					
Avaliação do processo de cuidados					
Melhoria da qualidade do processo de gestão					
Suporte à formação em serviço					
Dinamização de momentos de formação					
Participação dos enfermeiros na formação					
Avaliação de desempenho dos enfermeiros					

8 - Grupo V
Estratégias de gestão com recurso às TIC

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar; **SAM** – Sistema de Apoio ao Médico; **SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; **GHAF** – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia; **EPIC** – Programa de Controlo Epidemiológico Hospitalar; **SINAI** – Sistema Integrado de Acesso à Informação; **TIC** – Tecnologias de Informação e Comunicação; **AIDA** – Agência Interoperação difusão e Arquivo

Relativamente ao quadro que se segue, assinala com um X as respostas que melhor se adequam à sua opinião:

	Correio eletrónico	CHAT	Grupos discussão	Vídeo conferência	Boletim Informativo	Intranet	WIKI	BLOG	Fórum	GHAF	SAPE	SONHO	SAM	EPIC	SINAI	SISQUAL	AIDA	Outros
Que recursos tecnológicos podem ser utilizados na gestão em enfermagem?																		
Que recursos tecnológicos existem, na instituição onde trabalha, para utilização na gestão em enfermagem?																		
Que recursos tecnológicos utiliza no exercício da gestão em enfermagem?																		
Como classifica a utilidade de cada um dos seguintes recursos tecnológicos, para o exercício das funções de gestão (escala crescente de utilidade, de 1-4)*																		
Como classifica a facilidade de utilização de cada um dos seguintes recursos tecnológicos, para o exercício das funções de gestão (escala crescente de facilidade, de 1-4)**																		

*1 - Inútil; 2 – Pouco útil; 3 – Útil; 4 – Muito útil; Se desconhece o recurso tecnológico, assinala 5

** 1 – Nada fácil; 2 – Pouco fácil; 3 – Fácil; 4 - Muito fácil; Se desconhece o recurso tecnológico, assinala 5

Obrigada pela sua colaboração

ANEXOII – AUTORIZAÇÃO DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Declaração

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, com o grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, da Universidade do Porto - ICBAS, nascida em 06 de Janeiro de 1956 e portadora do cartão de cidadão nº03332413, com validade até 02/09/2014 declara, para devidos efeitos que, coordena a Investigação **“CONTRIBUIÇÕES DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NA GESTÃO EM ENFERMAGEM” em parceria com a UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, já analisada pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João onde obteve o parecer favorável e onde já se efetuou a primeira colheita de dados.

Em seguimento deste projeto pretende-se aumentara amostra, pelo que solicitamos a outros centros hospitalares as devidas autorizações para colher dados.

Deste projeto fazem parte vários estudos de estudantes de mestrado , dos quais salientamos: **“Tecnologias de Informação e Comunicação na Formação em Serviço – Enfermeiros Gestores” e Gestão do Tempo dos Enfermeiros Gestores”** respectivamente das estudantes, Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira e Sónia Silva.

Porto, 1 de Setembro de 2013

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins', is positioned above the printed name.

(Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins)

ANEXOIII – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHA

Autuizela

Exm

3

Carla Isabel Silva Rego André Ferreira, portadora do CC, 8606160 aluna do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, (Anexo 1) venho por este meio solicitar a vossa Ex.ª autorização para efetuar a recolha de dados para a dissertação que se encontra a desenvolver com o tema **"Tecnologias de Informação e Comunicação na Formação em Serviço – Enfermeiros Gestores"**, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria José Lumini com o objetivo de:

Identificar e compreender a perspetiva dos enfermeiros chefes/responsáveis de serviço em relação às necessidades de formação em serviço a partir dos Padrões da Qualidade e analisar os conhecimentos e experiência que os enfermeiros chefes/responsáveis de serviço têm na implicação das tecnologias de informação na formação em serviço, sendo imprescindível termos acesso a todos os enfermeiros do CHAA, que desempenhem funções de enfermeiros gestores para concretizarmos os objetivos do estudo e obtermos êxito nesta fase do nosso projecto.

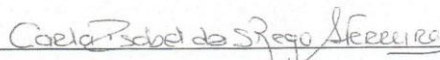
Será utilizado um questionário (anexo 2) como metodologia de colheita de dados, sendo constituído por uma primeira parte, que integra a caracterização sócio – demográfica dos participantes e uma segunda parte que integra o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores na formação em serviço. Na qualidade de investigadora responsável declaro assumir a liderança científica do estudo de acordo com os meios apresentados e as normas internas da instituição.

O nome dos participantes será mantido em sigilo e as informações serão utilizadas somente para fins de investigações e nas publicações delas decorrentes, mantendo-se o anonimato da instituição. Porque acreditamos, contar com a vossa colaboração anexamos também a este pedido, o consentimento informado que o enfermeiro deve assinar caso concorde em participar.

Para eventuais esclarecimentos ou dúvidas informo o meu endereço electrónico carisarego@sapo.pt e telemóvel 916101232

Desde já agradeço a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Guimarães, 8 de outubro de 2013



(Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira)

ANEXOIV – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHB

Exmo.

Carla Isabel Silva Rego André Ferreira, portadora do CC, 8606160 aluna do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, (Anexo 1) venho por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a dissertação que se encontra a desenvolver com o tema **"Tecnologias de Informação e Comunicação na Formação em Serviço – Enfermeiros Gestores"**, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria José Lumini com o objetivo de:

Identificar e compreender a perspetiva dos enfermeiros chefes/responsáveis de serviço em relação às necessidades de formação em serviço a partir dos Padrões da Qualidade e analisar os conhecimentos e experiência que os enfermeiros chefes/responsáveis de serviço têm na implicação das tecnologias de informação na formação em serviço, sendo imprescindível termos acesso a todos os enfermeiros do CHAA, que desempenhem funções de enfermeiros gestores para concretizarmos os objetivos do estudo e obtermos êxito nesta fase do nosso projecto.

Será utilizado um questionário (anexo 2) como metodologia de colheita de dados, sendo constituído por uma primeira parte, que integra a caracterização sócio - demográfica dos participantes e uma segunda parte integra o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores na formação em serviço. Na qualidade de investigadora responsável declaro assumir a liderança científica do estudo de acordo com os meios apresentados e as normas internas da instituição.

O nome dos participantes será mantido em sigilo e as informações serão utilizadas somente para fins de investigações e nas publicações delas decorrentes, mantendo-se o anonimato da instituição. Porque acreditamos, contar com a vossa colaboração anexamos também a este pedido, o consentimento informado que o enfermeiro deve assinar caso concorde em participar.

Para eventuais esclarecimentos ou dúvidas informo o meu endereço electrónico carisarego@sapo.pt e telemóvel 916101232

Desde já agradeço a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Guimarães, 29 de outubro de 2013



(Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira)

ANEXOV – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHC

risse M
enfermeira D

ganfe

REGISTO Nº: 2200/ DATA: 31-10-13

Nota: os resultados, de acordo com as normas de estatística, devem ser dados a conhecer aos participantes. Carátula

Carla Isabel Silva Rego André Ferreira, portadora do CC, 8606160 aluna do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, (Anexo 1) venho por este meio solicitar a vossa Ex.^a autorização para efetuar a recolha de dados para a dissertação que se encontra a desenvolver com o tema **"Tecnologias de Informação e Comunicação na Formação em Serviço – Enfermeiros Gestores"**, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins e co-orientação da Mestre Maria José Lumini com o objetivo de:

Identificar e compreender a perspetiva dos enfermeiros chefes/responsáveis de serviço em relação às necessidades de formação em serviço a partir dos Padrões da Qualidade e analisar os conhecimentos e experiência que os enfermeiros chefes/responsáveis de serviço têm na implicação das tecnologias de informação na formação em serviço, sendo imprescindível termos acesso a todos os enfermeiros do CHAA, que desempenhem funções de enfermeiros gestores para concretizarmos os objetivos do estudo e obtermos êxito nesta fase do nosso projecto.

Será utilizado um questionário (anexo 2) como metodologia de colheita de dados, sendo constituído por uma primeira parte, que integra a caracterização sócio - demográfica dos participantes e uma segunda parte integra o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores na formação em serviço. Na qualidade de investigadora responsável declaro assumir a liderança científica do estudo de acordo com os meios apresentados e as normas internas da instituição.

O nome dos participantes será mantido em sigilo e as informações serão utilizadas somente para fins de investigações e nas publicações delas decorrentes, mantendo-se o anonimato da instituição. Porque acreditamos, contar com a vossa colaboração anexamos também a este pedido, o consentimento informado que o enfermeiro deve assinar caso concorde em participar.

Para eventuais esclarecimentos ou dúvidas informo o meu endereço electrónico carisarego@sapo.pt e telemóvel 916101232

Desde já agradeço a atenção dispensada por V. Exa., subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

Guimarães, 29 de outubro de 2013



(Carla Isabel da Silva Rego André Ferreira)

ANEXOVI – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHD

Sua Referência
Sua Comunicação da
Nossa Referência
N.º
Proc.
Correio Normal
Data
10-01-2014

ASSUNTO: Aplicação de questionário/Investigação

Ex. ma Senhora,

Acusamos a recepção do seu pedido, para investigação sobre o tema "O trabalho do enfermeiro gestor: da gestão do tempo à qualidade dos cuidados". Contribuições das TIC na gestão de enfermagem".

A Comissão de Ética entende que, sendo o preenchimento de tais informações realizado de modo voluntário, não tem objecção ética à sua concretização no Centro Hospitalar.

De acordo com a informação da Comissão de Ética, é autorizado, desde que não envolva utentes.

Com os melhores cumprimentos,

Sau se

O Vogal Executivo do
Conselho de Administração,

Luciano Montelro
Enf. Luciano Montelro
(Enfermeiro - Diretor

FP

CENTRO HOSPITALAR DO TÁMEGA E SOUSA, E.P.E.
LUGAR DO TAPADINHO | 4564-007 GUILHUFÉ PENAFIEL
T: 914 208 149 | F: 255 714 575 | E: sfap@hpamerico.min-saude.pt

ANEXO VII – MODELO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento informado

Eu, _____ (nome)

concordo em participar no estudo de investigação “ **Tecnologias de Informação e Comunicação na Formação em Serviço – Enfermeiros Gestores**”, com o objetivo de identificar e compreender a perspetiva dos Enfermeiros Chefes/Responsáveis de serviço em relação às necessidades de formação em serviço a partir dos padrões da qualidade e analisar os conhecimentos e experiência que os Enfermeiros Chefes/ Responsáveis de serviço têm na implicação das tecnologias de informação na formação em serviço.

Fui informado a respeito do projeto e da natureza do meu envolvimento e foi-me dada oportunidade de fazer perguntas.

Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos. Compreendi que o meu anonimato será, sempre, protegido e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados.

O presente documento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em meu poder e outra na equipe de investigação.

Guimarães, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante.....

Assinatura do investigador.....